Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

LEVEL OF INFORMATION OF WOMEN ENROLLED IN A FAMILY HEALTH UNIT OF THE PAP TEST

NÍVEL DE INFORMAÇÃO DE MULHERES CADASTRADAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PAPANICOLAOU

NIVEL DE INFORMACIÓN DE MUJERES MATRICULADAS EN UNA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

Ana Maria Beserra da Costa[1], Ana Wládia Silva de Lima[2], Maria da Conceição Cavalcante Lira[3], Zailde Carvalho dos Santos[4], Osinez Barbosa de Oliveira[5]

ABSTRACT

Objective: to evaluate the level of awareness of women enrolled in the Family Health Unit of the municipality of Vitória de Santo Antão/PE, about the Pap smear. ***Method:*** cross-sectional study in women aged 15 to 49 years enrolled in USF. The sample consisted of 249 women who were sexually active, spontaneous participation and signature of the TCLE. Data collection occurred from March to May 2010 using a questionnaire during home visits. The analysis was performed using Epi-Info (3.5.1). The proposed study was approved by the Ethics Committee of the Health Sciences Center / UFPE, CAAE No. 0079.0.172.000-10 ***Results:*** the concentrated age between 30 to 39 years, with a good level of education, income less than two minimum wages, and early onset of sexual activity and reproduction. The level of knowledge about the Pap smear was considered optimal for a little over half (54.8%) and the motivation to take the exam. 51,8% of the women studied, unaware of the purpose of the examination, but 54% know the requirements to be able to its realization. ***Conclusion:*** women often perform the screening test and have knowledge level characterized as great for the motivation and requirements to achieve it, however, are necessary to provide educational autonomy and critical consciousness since most women were not its purpose. ***Descriptors:*** women's health; cytology; primary health care; health education.

RESUMO

Objetivo: avaliar o nível de informação de mulheres cadastradas em Unidade de Saúde da Família (USF) do município da Vitória de Santo Antão/PE, acerca do exame Papanicolau. ***Método:*** estudo transversal realizado em mulheres entre 15 a 49 anos, cadastradas na USF. A amostra foi composta de 249 mulheres, que tinham vida sexual ativa, participação espontânea e assinatura do Termo de Compromisso Livre Esclarecido - TCLE. A coleta dos dados ocorreu de março a maio de 2010, através de preenchimento de questionário durante visita domiciliar. A análise foi realizada no software Epi-Info (3.5.1). A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde/UFPE, CAAE Nº 0079.0.172.000-10. ***Resultados:*** a idade concentrou-se entre 30 a 39 anos, com bom nível de escolaridade, renda menor que dois salários mínimos e início precoce de atividade sexual e reprodutiva. O nível de conhecimento sobre o Papanicolau foi considerado ótimo para pouco mais da metade (54,8%). Quanto à motivação das mulheres estudadas para realizar o exame, 51,8% desconhece a sua finalidade, entretanto 54% sabe os requisitos necessários para sua realização. ***Conclusão:*** as mulheres realizam com frequência o exame preventivo e têm o nível de conhecimento caracterizado como ótimo para a motivação e os requisitos para realizá-lo, porém são necessárias ações educativas que proporcionem autonomia e consciência crítica, visto que a maior parte das mulheres desconhecia sua finalidade. ***Descritores:*** saúde da mulher; citologia; atenção primária à saúde; educação em saúde.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el nível de conciencia de las mujeres incluidas en la Unidad de Salud Familiar (USF) en el município de Vitória de Santo Antão/PE, sobre la prueba de Papanicolaou. ***Método:*** estudio transversal en mujeres de 15 a 49 años, registradas en la USF. La muestra consistió en 249 mujeres que eran sexualmente activas, la participación espontânea y la Firma de los Términos del Tratado de libre Informado – (TTLI). La recolección de datos ocurrió entre marzo y mayo de 2010, a través de un cuestionário durantes las visitas domiciliarias. El análisis se realizó com software Epi-Info (3.5.1). El estúdio propuesto fue aprobado por el Comité de Ética del Centro de Ciencias de la Salud / UFPE, CAAE N° 0079.0.172.000-10. ***Resultados:*** la edad se concentra entre los 30 y los 39 años.con un buen nivel de educación, ingresos menores a dos salários mínimos y el inicio de la actividad sexual y la reproducción. El nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou se considera óptimo para un poco más de media (54,8%). En cuanto a la motivación de las mujeres estudiadas para el examen, el 51,8% desconoce su propio, aunque el 54% conoce los requisitos necesarios para su realización. ***Conclusión:*** las mujeres a menudo realizan la prueba de Papanocolaou y tienen el nível de conocimiento caracterizado como ideal para la motivación y los requisitos para lograrlo, pero las acciones educativas son necesarias para proporcionar y consciência critica, así que la mayoría de las mujeres no saben su proposito. ***Descriptores:*** salud de la mujer; la citología; la atención primaria de la salud; educación en salud.

[1]Enfermeira graduada pelo Centro Acadêmico de Vitória/Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: aninhacosta88@yahoo.com.br; [2]Professora do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória/Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. Mestre em Ciências pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz. Recife (PE), Brasil. E-mail: anwladia@bol.com.br; [3]Professora do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória/Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. Mestre em Vigilância sobre Saúde pela Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: zailde.carvalho@hotmail.com; [4]Professora do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória/Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Tecnologia Ambiental pelo Instituto de Tecnologia de Pernambuco/ITEP. Recife (PE), Brasil. E-mail: noronhaelira@hotmail.com; [5]Enfermeira da Unidade de Saúde da Família da Bela Vista, do Município da Vitória de Santo Antão – PE. Mestre em Saúde Humana e Meio Ambiente pelo Centro Acadêmico de Vitória/Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: osinez@hotmail.com

Artigo elaborado a partir do trabalho de conclusão de curso << ***Nível de informação das usuárias de uma Unidade de Saúde da Família do município da Vitória de Santo Antão – PE acerca do exame Papanicolaou*** >>, apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, do Centro Acadêmico de Vitória, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife-PE, Brasil. 2010.

INTRODUÇÃO

O câncer, nas suas diferentes formas, constitui uma das mais importantes causas de morte na população mundial. Sobre esta doença afirma-se que as ações primárias, bem como a detecção precoce, podem reduzir seus efeitos danosos, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos enfermos.[1]

Ocupando o segundo lugar entre as neoplasias mais frequentes nas mulheres, o câncer do colo do útero atinge aproximadamente 500 mil novos casos por ano, sendo responsável pelo óbito de cerca de 230 mil mulheres por ano.[2]

No Brasil, o número de novos casos de câncer do colo do útero esperado para o ano de 2010 foi de 18.430, sendo 1020 o equivalente esperado para o Estado de Pernambuco, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres.[2] Em termos de incidência, a doença ainda é um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, pois alcança altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de estratos socioeconômicos mais baixos e que se encontra em plena fase produtiva.[3] Evidencia-se na faixa dos 20 aos 29 anos, tendo seu risco aumentado rapidamente até atingir o pico, na maioria das vezes, entre 45 a 49 anos. Ao mesmo tempo, com exceção do câncer de pele, é o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando precocemente diagnosticado.[2]

Em 1997, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero (PNCC), o qual desenvolve métodos práticos e de grande valor para os diagnóstico e tratamento precoces, define as intervenções e critérios para diagnóstico e condutas clínicas diante dos resultados dos exames citológicos, preconiza a utilização do exame citológico Papanicolau como método único de rastreamento seguro, sensível e de baixo custo, contribuindo para a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais. [6-8]

O câncer cervical é uma doença crônico-degenerativa que pode ocorrer a partir de mudanças intraepiteliais e, durante o período médio de 5 a 6 anos, evoluir para um processo invasor. Em cerca de 90% dos casos a doença evolui a partir da Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), mas nem toda NIC progride para um processo invasor. Sendo assim, a forma mais eficaz de controlar esse tipo de tumor é o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e das lesões tumorais invasoras em seus estágios iniciais, quando a cura é possível em praticamente 100% dos casos.[6]

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), vários fatores de risco são identificados para o câncer do colo do útero e a grande maioria deles está relacionada aos cuidados com a saúde e ao estilo de vida. Consideram-se fatores de risco: multiplicidade de parceiros sexuais e a história de infecções sexualmente transmitidas entre os parceiros, multiparidade, idade precoce na primeira relação sexual, sendo este último item diretamente relacionado à infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV).[7]

Estudos realizados na Índia consideram, também, como fatores de risco a maior frequência de coito, a menarca precoce e a precária higiene genital.[9] Além desses, também são considerados como fatores de risco: a prática de sexo com homens não circuncidados, contato sexual com homens cujas parceiras tiveram câncer cervical, reprodução precoce, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras causas de imunodeficiência, tabagismo passivo, exposição ao dietilestilbestrol (DES) *in útero,* história familiar de câncer cervical, infecção cervical crônica, estado de sobrepeso.[10]

Uma das teorias mais aceitas para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero repousa na transmissão sexual. Desde 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a persistência da infecção pelo HPV, em altas cargas virais, representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. Porém, este fator por si só não é causa suficiente, uma vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais faz-se necessária, além da persistência do HPV, a sua associação com os outros fatores de risco. Praticamente todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 13 tipos do HPV, atualmente reconhecidos como oncogênicos pela International Agency for Research on Cancer (IARC). Destes, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18. Outros fatores contribuintes para a etiologia desse tumor são: multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivo oral, baixa ingestão de vitaminas, iniciação sexual precoce e coinfecção por agentes infecciosos como o HIV e *Chlamydia trachomatis*.[2]

De acordo com o Manual Técnico do Ministério da Saúde, *Organizando a Assistência*, existem algumas barreiras durante a abordagem à mulher, relacionadas com dificuldades próprias da população feminina e quanto à organização dos serviços de saúde. Entre as muitas dificuldades citadas

estão: o desconhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero; o baixo nível de escolaridade; falta de conhecimento do próprio corpo; vergonha e medo de fazer o exame, assim como o medo do resultado; a influência familiar negativa, principalmente por parte dos companheiros; dificuldades na marcação das consultas; não adesão ao tratamento e/ou ao PNCC; ausência de sensibilização dos profissionais de saúde; ausência de encaminhamento adequado; falta de privacidade durante os exames; insuficiência de recursos para a absorção da população-alvo; coleta e fixação da amostra citopatológica do colo do útero inadequadas; falha na identificação e classificação da anormalidade presente no esfregaço citopatológico.[7]

Estas limitações práticas impedem a implementação, junto à população, de estratégias que previnam o câncer do colo de útero. Questões relacionadas ao perfil sociocultural das populações periféricas de baixa renda e pouca escolaridade são evidentes na progressão e manutenção da doença.[2,7,9,10] As intervenções estão direcionadas à detecção precoce, através do rastreamento com o Papanicolau e garantia do diagnóstico adequado e tratamento oportuno.[8] Esta prática, de certa forma, não intervém na causa da patologia, que está relacionada a comportamentos de risco, e contribui para a representação do status de prevenção do Papanicolau que, em muitas mulheres, produz o sentimento de cuidado/proteção apenas em realizá-lo.[22,24]

Este estudo objetivou descrever os fatores sociodemográficoss e biológicos, bem como caracterizar o nível de conhecimento/informação acerca do exame Papanicolau de uma amostra de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo com análise quantitativa, desenvolvido nas 11 microáreas da Unidade de Saúde da Família do bairro Bela Vista, localizado no município da Vitória de Santo Antão – PE. Esta unidade possui um total de 2.193 mulheres cadastradas, na faixa etária de 15 a 49 anos. A amostra foi composta somente de mulheres residentes ou que trabalhavam nas microáreas de cobertura da USF Bela Vista e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1. Faixa etária entre 15 a 49 anos; 2. Vida sexual ativa; 3. Aceitação espontânea em participar da pesquisa; 4. Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O cálculo da amostra foi realizado por meio do software EPI-INFO, versão 6.0, no módulo EPITABLE, com base nos seguintes parâmetros: população total feminina entre 15 a 49 anos de 2.193 mulheres; prevalência esperada de respostas positivas acerca do exame Papanicolau de 10%, obtida após aplicação de estudo piloto na área com três grupos de mulheres (grupo A – mulheres que estavam em atendimento na USF; grupo B - mulheres residentes na microárea ao redor da USF; grupo C - mulheres residentes na microárea mais distante da USF). Precisão do estudo 2,6%, risco 5 %, efeito do estudo 0,6. Obteve-se uma amostra de 249 mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos.

O sorteio dos domicílios foi realizado mediante seleção aleatória e sistemática para cada microárea da USF. Para tanto, primeiramente, estimou-se o número de domicílios a serem visitados, admitindo-se uma média de duas mulheres elegíveis para o estudo em cada domicílio. Em seguida, calculou-se a amplitude do intervalo amostral, efetuando-se a divisão do número total de domicílios existentes na área pelo número de domicílios a serem sorteados (I=N/n). Finalmente, de posse da listagem dos domicílios fornecida pela USF, foi sorteado o ponto inicial da contagem (primeiro domicílio) e em seguida foi realizada a seleção sistemática dos domicílios. Se no domicilio sorteado não morasse nenhuma mulher elegível ao estudo, seria escolhida a casa seguinte, no entanto, a contagem seguiria pelo domicílio inicial sorteado.

A coleta de dados foi realizada de março a maio de 2010, por meio de visita domiciliar, com a colaboração do ACS (Agente Comunitário de Saúde), utilizando-se um questionário validado e padronizado, com questões fechadas que continham dados biológicos, sociais, econômicos e relacionados ao tema.[5,11-12] Os dados foram consolidados no software EPI-INFO, versão 3.5.1, onde também foi feita a análise estatística.

Na tabulação dos dados onde categorizamos o nível de conhecimento em ótimo, bom, regular e ruim, avaliou-se fatores que motivaram a realização do exame, saber sua finalidade e requisitos necessários para a realização do mesmo.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde/UFPE- CAAE Nº 0079.0.172.000-10, sendo liberado para execução. Obteve-se ainda a anuência da

Secretaria de Saúde do Município da Vitória de Santo Antão – PE.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 239 mulheres, registrando-se perda de 5 % da amostra. De acordo com as características sociodemográficas, observou-se que a maioria, representada por 97 das entrevistadas (40,6%), tinha entre 30 e 39 anos; 120 mulheres (50,2%) possuíam mais de nove anos de estudo; 194 delas (81,2%) tinha renda familiar até 2 salários mínimos e 179 (74,9%) mantinham união estável com o companheiro; a maioria, representada por 172 mulheres (72%), ocupava-se com atividades do lar e 162 (67,8%) disseram ser da religião católica (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas em amostra de mulheres de 15 a 49 anos, USF Bela Vista – Vitória de Santo Antão - PE, 2010.

Característica	N	%
Faixa Etária		
15 a 20 anos	23	9,60%
21 a 29 anos	71	29,70%
30 a 39 anos	97	40,60%
40 a 49 anos	48	20,10%
Tempo de estudo		
Nunca estudou	07	2,90%
1 a 4 anos	44	18,40%
5 a 8 anos	68	28,50%
9 a 11 anos	47	19,70%
12 anos ou mais	73	30,50%
Renda Familiar		
< 1 salário	73	30,70%
1 a 2 salários	121	50,80%
> 2 salários	44	18,50%
Situação Conjugal		
Solteira	37	15,50%
Divorciada/viúva	23	9,60%
União estável	179	74,90%
Trabalha fora		
Sim	67	28,00%
Não	172	72,00%

Quanto às características biológicas, na maioria das mulheres, representada por 168 mulheres (70,29%), a menarca ocorreu entre 11 e 13 anos de idade e 153 mulheres (64,02%) tiveram a primeira relação sexual entre 14 e 19 anos; 59 (24,7%) negaram fazer uso de métodos contraceptivos, enquanto 90 (37,9%) utilizavam alguma forma de anticoncepção e 90 (36,7%) já haviam sido laqueadas. Em relação à cobertura do exame Papanicolau, 213 mulheres (92,2%) da amostra estudada haviam realizado o exame nos últimos 4 anos. Com referência ao tempo de realização do exame, 116 das entrevistadas (48,5%) disseram ter feito o exame há menos de 1 ano, enquanto 97 (40,7%) fizeram há mais de 1 ano e 26 (10,9%) ainda não realizaram (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das características biológicas em amostra de mulheres de 15 a 49 anos, USF Bela Vista – Vitória de Santo Antão - PE, 2010.

Características biológicas	N	%
Idade da menarca		
8 a 10 anos	18	7,53
11 a 13 anos	168	70,29
14 a 17 anos	53	22,17
Idade da 1ª Relação sexual		
10 a 13 anos	16	6,69
14 a 19 anos	153	64,02
> 20 anos	70	29,29
Nº de filhos		
Nenhum	42	17,60
1 a 3	175	73,20
4 e +	22	9,2
Faz uso de métodos contraceptivos		
Sim	**90**	**37,9**
DIU	2	0,80
Contraceptivo hormonal	56	23,40
Coito interrompido	30	12,60
Preservativo	2	0,80
Não	**59**	**24,70**
Laqueadura de trompas	90	37,70
Última realização do preventivo		
< de 6 meses	57	23,80
< de 1 ano	59	24,70
1 a 4 anos	82	34,40
> de 4 anos	15	6,30
Nunca realizou	26	10,90

Com relação ao estilo de vida: a maioria nega possuir hábitos etilistas (174 mulheres ou 72,8%) e tabagistas (213, ou seja 89,1%); disseram ter consultado o serviço de saúde nos últimos doze meses 160 mulheres (66,9%) (Tabela 3). Entre os motivos que as levaram ao serviço de saúde destacam-se o pré-natal e o exame preventivo do colo de útero.

Tabela 3. Distribuição segundo estilo de vida em amostra de mulheres de 15 a 49 anos, USF Bela Vista – Vitória de Santo Antão - PE, 2010.

Estilo de Vida	N	%
Ingere bebida Alcoólica		
Sim	65	27,20
Não	174	72,80
Tabagista		
Sim	26	10,90
Não	213	89,10
Foi a US* nos últimos 12 meses		
Sim	160	66,90
Não	79	33,10

Notas: US - Unidade de Saúde

Ao analisar o nível de conhecimento da amostra estudada acerca do exame Papanicolau observa-se que realizar o exame preventivo sem ter queixas ginecológicas e relação insegura sem queixas ginecológicas correspondeu a 93 entrevistadas (38,9%), sendo caracterizado como nível de conhecimento ótimo sobre a motivação para realizar o exame. Das entrevistadas, porém, 124 (51,8%) não souberam responder a finalidade do exame preventivo, enquanto que 129 (54%) sabiam os requisitos para a realização do exame (Tabela 4).

Tabela 4. Nível de Conhecimento sobre o Papanicolau segundo motivo de realizar o exame, sua finalidade e requisitos para realização em amostra de mulheres de 15 a 49 anos, USF Bela Vista – Vitória de Santo Antão, 2010.

Papanicolau	Nível de conhecimento			
	Ótimo N (%)	Bom N (%)	Regular N (%)	Ruim N (%)
O que a motivou a realizar o exame preventivo				
Queixas ginecológicas	-	-	49(20,5)	-
Sem queixas ginecológicas	82 (34,3)	-	-	-
Relação Insegura + Queixas ginecológicas	-	-	7 (2,9)	-
Relação Insegura - Sem queixas ginecológicas	11 (4,6)	-	-	-
Sem queixas + Historia de CA* na família	38 (15,9)	-	-	-
Com queixas + História de CA na família	-	26 (10,9)		
Nunca realizou o exame	-	-	-	26 (10,9)
Para que serve o exame preventivo				
Prevenir Câncer do colo e Tratar IST*	115 (48,1)	-	-	-
Não soube dizer	-	-	-	124 (51,8)
Requisitos para realizar o exame preventivo				
Sabe todos os requisitos corretamente	129 (54)	-	-	-
Sabe pelo menos dois requisitos	-	63 (26,4)	-	-
Sabe pelo menos um requisito	-	-	33(13,8)	-
Não soube dizer	-	-	-	14(5,8)

Notas: *CA=Câncer *IST= Infecção sexualmente transmissível

Ao realizar a correlação dos dados sociobiodemográficos com o nível de conhecimento, o grupo caracterizado com nível de conhecimento/informação ruim 26 (10,9%) foi composto, em sua maioria, por mulheres que nunca se submeteram à realização do exame preventivo, encontrando-se estas na faixa etária de 15 a 20 anos, renda familiar menor que um salário mínimo, menarca entre 11 e 13 anos, início da vida sexual entre os 14 e 19 anos, não trabalham fora, moram com companheiros e possuem entre 1 a 3 filhos.

No grupo onde o nível de informação/conhecimento foi regular (23,4 %), a maioria das mulheres tinha idade entre 21 a 29 anos, teve a primeira relação sexual entre os 14 e 19 anos, vivia com o companheiro, possuía de 1 a 3 filhos, renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, não trabalhavam fora de casa e a última realização do exame Papanicolau ocorreu há cerca de 1 a 4 anos.

O grupo caracterizado com nível de conhecimento/informação bom (10,9%)

constituiu-se em sua maioria por mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos, que tiveram a primeira relação sexual entre os 14 e 19 anos, viviam com o companheiro, possuíam de 1 a 3 filhos, renda familiar entre 1 e 2 salários, não trabalhavam fora de casa e tinham realizado o exame Papanicolau há menos de 1 ano.

O grupo que apresentava nível de conhecimento ótimo (54,8%), foi composto por mulheres entre 20 e 39 anos, que tiveram a primeira relação sexual entre os 14 e 19 anos, viviam com o companheiro, possuíam de 1 a 3 filhos, renda familiar entre 1 e 2 salários, não trabalhavam fora de casa e haviam realizado o exame Papanicolau há cerca de 1 a 4 anos.

DISCUSSÃO

A amostra do estudo revelou uma característica comum em comunidades de baixa renda, mulheres jovens com início precoce da atividade sexual e reprodutiva, cuidadora da família e do lar, com nível médio de escolaridade, características destacadas na literatura como sendo de grupo suscetível ao acometimento de câncer do colo de útero.[2,7] Estudos revelam que a sexarca abaixo dos dezoito anos é comum em populações de baixa renda, o que favorece a reprodução precoce e aumenta o risco de IST.[13-14]

O estudo identificou boa frequência à unidade de saúde, principalmente para realização do pré-natal e do exame preventivo, onde a maioria revelou tê-lo realizado há menos de 1 ano.[18] Possivelmente, a recente realização do exame preventivo se deu em decorrência da realização do pré-natal onde este exame compõe o protocolo. [23]

A literatura destaca o HPV como um dos mais importantes fatores de risco do câncer de colo do útero, transmitido principalmente através de relações sexuais desprotegidas. [2] O fato de a maioria das mulheres deste estudo relatar que têm relações sexuais com seus companheiros sem o uso do preservativo demonstra o desconhecimento quanto à forma de transmissão de várias IST. Chama atenção a grande proporção de mulheres laqueadas, o que pode estar contribuindo para o não uso do preservativo, identificando este, apenas, como método contraceptivo.[11,28]

A utilização do preservativo nas relações sexuais entre casais com união estável é baixa. Em São Leopoldo, no Rio Grande do Sul, observou-se que 70% das mulheres não utilizava preservativos com seus parceiros: a menor utilização se deu entre as casadas ou com união estável.[15] Destaca-se aqui o desconhecimento da população estudada quanto aos fatores condicionantes do câncer do colo do útero, clarificando a impressão que se têm quanto a sua baixa autonomia ao autocuidado.[26- 27]

O exame preventivo é um dos exames mais realizados pela população feminina, desde a PNAD 2003 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio), que encontrou uma cobertura de 75,5 % [16] deste exame a estudos realizados no mesmo ano da PNAD e outros mais recentes [17-19,25], a cobertura de realização do exame foi alta, 65,5%, 85,5%, 82% e 85%, respectivamente.

Neste estudo a cobertura de 92,2% corrobora os dados acima, estando compatíveis com a cobertura encontrada em estudos internacionais.[20- 21] Esta alta cobertura, porém, não está diretamente associada ao conhecimento da mulher sobre a finalidade do exame [25]: muitas das mulheres entrevistadas realizaram o exame preventivo rotineiramente mesmo sem apresentar queixas ginecológicas; a maioria sabia os requisitos à realização do exame, entretanto 52% destas desconheciam sua finalidade.

A realização do exame preventivo pela amostra estudada em decorrência do pré-natal, e não pela procura espontânea da mulher sem queixas ginecológicas, justifica a alta cobertura, a qual se deu não exatamente numa população que representa o maior risco à doença e prioritária para realização do exame.[8]

A realização da coleta do Papanicolau motivada por queixa ginecológica e/ou por história de câncer na família, verificada em 31,4%, retrata a concepção curativa da população em relação ao exame. Procurar um profissional de saúde ao sentir queixas ginecológicas é comum e muitas mulheres acreditam não ser necessário ir ao médico se não apresentam nenhuma queixa de doença. [5,11] Achados semelhantes quanto ao conhecimento das mulheres sobre a finalidade do Papanicolau foram verificados em estudos realizados no Rio Grande do Norte e em São Paulo, onde 53,9% e 63%, respectivamente, desconheciam sua finalidade.[5,25] Outro estudo sinaliza o baixo nível de conhecimento, quanto à finalidade do Papanicolau, ao relatar que as mulheres demoram mais que o recomendado entre os exames ou não retornam para saber o resultado.[22] Estes dados sugerem a necessidade de analisar as atividades que vêm sendo executadas pelos programas assistenciais onde se atinge as metas pactuadas, porém sem promover uma consciência crítica do autocuidado em saúde.[26-27]

Observou-se que o nível de conhecimento em relação ao exame preventivo foi melhor

em mulheres com idade mais elevada e com melhor renda familiar, dado correspondente à literatura, este fato pode estar associado à maior oportunidade de vezes de realização do exame.[25] Chamou atenção o fato de existirem mulheres abaixo de 20 anos que possuíam filhos, mas não haviam realizado o exame preventivo, o que caracterizou seu nível de conhecimento como ruim. Apesar do câncer de colo não ter alta prevalência em mulheres com menos de 20 anos[14], o risco pode ser o mesmo que em mulheres mais velhas dependendo dos fatores comportamentais associados.

CONCLUSÃO

A maioria das mulheres realizou o exame preventivo sem queixas ginecológicas ou motivadas por história familiar de câncer na família. Neste aspecto o nível de conhecimento foi caracterizado como ótimo. Deve-se considerar, porém, que muitos desses exames ocorreram em virtude do pré-natal, o qual seria realizado com ou sem queixas.

Ao avaliar o nível de conhecimento em relação à finalidade do exame, o mesmo foi caracterizado como ruim nestas mesmas mulheres. Este dado nos leva a concluir que a realização do exame preventivo pela amostra estudada não se deu de forma consciente nem espontânea. A presença de comportamentos de risco favoráveis a adquirir doenças sexualmente transmissíveis, como HIV e o HPV, e a não realização do exame por mulheres que já possuem vida sexual ativa, também demonstram que essa população não vem adquirindo conhecimento crítico/reflexivo que induza o autocuidado.

Concluiu-se a maioria da amostra estudada não sabia a finalidade do exame Papanicolau e que o realizou em consequência do pré-natal.

È imperativo que os profissionais de saúde avaliem suas ações dentro dos programas assistenciais, pois, mesmo seguindo os protocolos e ampliando as coberturas, podem não estar desenvolvendo uma consciência crítica na população, favorecendo a manutenção das doenças e iniquidades.

REFERÊNCIAS

1. Neto FRGX, Cunha ICKO. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(3):427-33. Disponível em: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415306.pdf

2. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.2009.

3. Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. Rev C S Col. 2007; 12(3):733-742.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/24.pdf

4. Cruz LMB, Loureiro, RP. 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. 2008; 17(2):120-131.

5. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de papanicolau em mulheres com câncer de colo uterino. Cad Saúde Pública. 2001; 17(4): 909-914. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5296.pdf

6. Ministério da Saúde. Condutas do Instituto Nacional do Câncer. Neoplasia Intra-Epitelial Cervical – NIC. Rev Bras Cancerol. 2000; 46(4): 355-57. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/pdf/normas_2.pdf

7. Brasil. Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Manual Técnico Organizando a Assistência. Brasília. Ministério da Saúde. 2002.

8. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13), (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

9. Murta EFC, Franca HG, Carneiro MC, Caetano MSSG, Adad SJ, Souza MAH. Câncer do Colo Uterino: Correlação com o Início da atividade Sexual e Paridade. Rev Bras Ginecol e Obstet. 1999; 21(9): 555-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-72031999000900009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

10. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p.1405-37.

11. Fernandes RAQ, Narchi NZ. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. Rev Bras Cancerol. 2002; 48(2):223-30. Disponível em: www.inca.gov.br/rbc/n_**48**/v02/pdf/artigo2.pdf

12. Hackenhaar AA, Cesar JÁ, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: Prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9(1):103-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2006000100013&script=sci_abstract&tlng=pt

13. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. Rev Saúde Pública. 2002; 36(6):670-7. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n6/13520.pdf

14. Nascimento I , Pires ES, Gil DQ, Nunes GG, Balboa V, Stasiaki FV, Cunha AA. Características de adolescentes com suspeita de neoplasia intraepitelial cervical. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(10):619-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032005001000009&script=sci_abstract&tlng=pt

15. Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativo nas relações sexuais: estudo de base populacional. Rev Saúde Pública. 2006; 40(4):720-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/ao-5074.pdf

16. Novaes HMD, Braga PE, Schout B. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. Rev C S Col. 2006;11(4): 1023-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400023&lng=pt&nrm=iso

17. Leal MC, Gama SGN, Frias P, Szwarcwald CL. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. Cad Saúde Pública. 2005; 21(Suppl):S78-S88.Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21s1/09.pdf

18. Prado MRMC do, Silveira CLP. Primary health care of women: an educational-preventive approach to combat cancer cervical. Rev enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2010 jul/set [acesso em 2011 jul 23] 4(3):1417-425. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1003/pdf_142

19. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados a não realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(2):301-09. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400012

20. Satter DE, Seals BF, Chia J, Gatchell M, Burhansstipanov L, Tsai L. American Indians and Alaska natives in California: women's cancer screening and results. J Cancer Educ. 2005; 20(Suppl.):58-64.Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15916523

21. Gupta S, Roos, LL, Walld R, Traverse D, Dahl M. Deliveringequitable care: comparing preventive services in manitoba. Am J Public Health. 2003; 93(12):2086-91.Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Am%20J%20Public%20Health%202003%3B%2093(12)%3A2086-91.

22. Caldas I, Teixeira SM, Rafael RMR. The human papillomavirus as a predictive factor of cervical cancer: updating study on the preventive nursing action. Rev enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2010 abr/jun [acesso em 2010 fev 09] 4(2):831-39. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/564

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

24. Silva SED, Lima VLA, Vasconcelos EV, Carvalho FL, Santana ME, Mar DF. Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame Papanicolau: Implicações sobre a saúde da mulher. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 dez; 12(4). Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20084/10-ART%20.pdf

25. Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS, Silva LCM, Brito AML, Azevedo JWV, Nascimento ED, Azevedo PRM, Fernandes TAAM. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau por mulheres, Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública. 2009; 43(5)851-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/355.pdf

26. Teles AVS, Cavalcanti AMO, Alves IM, Monteiro EMLM, Neto WB. Reason of the displacement between regions of women for the accomplishment of Papanicolaou´s exam. Rev enferm UFPE on line[periódico na internet]. 2010 out/dez [acesso em 2010 fev 09] 4(4):1767-74. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1116

27. Holanda EA, Silva RM, Reis PED, Gomes IP. Cervical cancer in health professionals : Preventive practice and of self-care. Rev Enfermagem UFPE on line [periodico na internet]. 2009 out/dez [acesso em 2011 jul 20];3(4):231-38. Disponível em : http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/113/113

28. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso NGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS : uma revisão conceitual. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2007 mai/abr [acesso em 2011 jul 20];12(2):235-42. Disponível em : http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/07/02
Last received: 2011/10/20
Accepted: 2011/10/21
Publishing: 2011/11/01

Corresponding Address

Ana Wládia Silva de Lima
Centro Acadêmico de Vitória/Universidade Federal de Pernambuco/UFPE
Alto do Reservatório S/N, Bela Vista
CEP: 55608-680 – Vitória de Santo Antão (PE), Brazil