

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

ANDRÉIA CRISTIANE PIZANI DOMINGOS

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A NÃO REALIZAÇÃO
DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO
UTERINO, NO MUNICÍPIO DE CIANORTE - PR

MARINGÁ

2008

ANDRÉIA CRISTIANE PIZANI DOMINGOS

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A NÃO REALIZAÇÃO
DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO
UTERINO, NO MUNICÍPIO DE CIANORTE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – área de concentração A Enfermagem e o processo do cuidado. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá – UEM.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Marisa Pelloso.

MARINGÁ

2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

D671f Domingos, Andréia Cristiane Pizani
Fatores que contribuem para a não realização do exame de prevenção do câncer cérvico uterino, no Município de Cianorte-PR / Andréia Cristiane Pizani Domingos. - Maringá, PR: [s.n.], 2008.
86 f. : il. color.

Orientadora : Prof. Dr. Sandra Marisa Pelloso.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá. Curso de Pós-graduação em Enfermagem, 2008.

1. Câncer do colo do útero - Cianorte, PR - Avaliação.
2. Exame citopatológico - Motivos da não realização. 3. Exame papanicolau - Realização. 4 Exame colpocitológico - Cianorte, PR - Procura. I. Universidade Estadual de Maringá. Curso de Pós-graduação em Enfermagem. II. Título.

CDD 21.ed.616.994

ANDRÉIA CRISTIANE PIZANI DOMINGOS

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A NÃO REALIZAÇÃO
DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO
UTERINO, NO MUNICÍPIO DE CIANORTE - PR**

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá – UEM como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Sandra Marisa Pelloso.
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof^a Dra. Janine Schirmer
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Prof^a Dra. Deise Serafin
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Maringá

2008

Dedico este trabalho em primeiro lugar a uma pessoa que eu amo muito, meu Tio Edemilson Marques (Tio Bibi) que me ensinou a importância e a gostar de estudar. Dedico também às pessoas que mais amo, meu marido, Wanderley, e meu filho, Guilherme, aos meus avós João e Izabel, meus pais, Devanir e Neide, meus irmãos, Fabiano e Melissa, à Júlia, que é uma inspiração em minha vida. À Tia Neusa e o Tio Luiz que me deram meu primeiro livro (que tenho até hoje), ao meu primo Ítalo que foi o primeiro a me incentivar fazer o mestrado e a minha amiga Daniela da Graça que me ajudou muito durante este período.

AGRADECIMENTOS

A Deus. Só com a ajuda dele pude chegar até aqui.

À minha orientadora Dra. Sandra Marisa Pelloso, porque sem seu conhecimento, apoio e ajuda não teria conseguido terminar esta dissertação.

À Secretaria Municipal de Saúde pelo apoio para a realização desta pesquisa.

Aos motoristas das ambulâncias, juntamente com os pacientes da Secretaria Municipal de Saúde de Cianorte, que tantas vezes me levaram até a Universidade em Maringá durante o período de aula do mestrado.

Ao Professor Dr. Miguel Fecchio que me ajudou e deu força para terminar este trabalho.

À Dra Isolde Terezinha S. Previdelli, professora de estatística, e que me ajudou e corrigiu minha dissertação.

RESUMO

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO, NO MUNICÍPIO DE CIANORTE

O câncer do colo uterino representa a segunda causa de morte do sexo feminino no Brasil. A neoplasia cervical possui uma incidência em todo o mundo com cerca de meio milhão de casos por ano, principalmente em países em desenvolvimento. Este estudo teve como objetivo identificar os possíveis fatores da não realização do exame citopatológico de rotina do colo uterino de rotina, por mulheres residentes no município de Cianorte-Pr. O trabalho caracteriza-se por um estudo survey, aplicado por meio de inquérito populacional. A pesquisa foi desenvolvida no município de Cianorte, região noroeste do Paraná. A amostra totalizou 427 mulheres. Para a seleção de endereços e realização das entrevistas, foi solicitado à Prefeitura o mapa do município. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário. Para a seleção das mulheres entrevistadas, a entrevistadora iniciava o percurso na primeira casa da primeira rua do bairro, pulava duas casas e entrevistava a próxima; no caso de não encontrar mulheres na idade estudada ou a residência fechada, dirigia-se à casa seguinte. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UEM (COPEP). Resultados obtidos: mulheres de 40 anos, menstruaram aos 13 anos, iniciaram a vida sexual em média aos 19 anos; não fumam, são casadas, tem um parceiro fixo, 40,98% possuem o ensino fundamental incompleto, tiveram dois ou três filhos, de partos normais ou cesarianas, não utilizam camisinha e a maioria diz não ter tido Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) nos últimos dez anos. Das mulheres que relataram ter tido alguma DST a mais citada foi o Papiloma Vírus Humano (HPV). Quanto a infecções ginecológicas, 64% já apresentaram estas patologias, mas não necessitaram de cauterização e 54% não tiveram nenhum tipo de câncer em sua família. Quanto ao método de anticoncepção, 56% das mulheres relatam não utilizar nenhum método e entre as mulheres que o utilizam, os métodos são o anticoncepcional hormonal e a laqueadura. Quanto ao exame preventivo, 92% já o realizaram sendo que 73% não sentem dor na coleta e 46,84% apresentam alguma dificuldade para a sua realização. Apenas 8% nunca realizaram o preventivo, 30% não têm rotina na coleta e 53% realizam o Papanicolaou anualmente. Das mulheres que realizam o preventivo 72,26% o fazem por vontade própria. O motivo principal para a não realização do exame foi o comodismo, seguido do medo e vergonha. As mulheres que tinham filhos realizavam mais frequentemente o exame. Dentre as dificuldades encontradas para a realização do exame, as mulheres que o realizam nos postos apresentam mais dificuldades. As mulheres casadas fazem mais preventivo que as solteiras, e por terem parceiro fixo, não acham necessária a utilização do preservativo. Como conclusão, verificamos que muitas mulheres entrevistadas realizam o preventivo nos consultórios particulares, ou não apresentam rotina na coleta, o que pode explicar a baixa cobertura municipal do Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico. Para solucionar este problema sugerimos campanhas de conscientização e coleta em horários diferentes dos já existentes no município.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de colo uterino, Papanicolaou, Saúde da mulher.

ABSTRACT

Factors which contribute for not doing preventive exams for cervical cancer in the city of Cianorte, Paraná, Brazil

Cervical Cancer represents the second most common cause of death of women in Brazil. Cervical cancer has an incidence of about half million cases a year in the world, especially in developing countries. This study aims at identifying possible factors why women do not have routine pap smears for cervical cancer performed in the city of Cianorte-Pr. The work is characterized by a survey study, out applied by means of population inquiry. The research was performed in the city of Cianorte-Pr, northwest of Paraná, Brazil. The sample totality 427 women. For the selection of addresses and the interviews, the map of the city was obtained from the city hall. The collection of data was performed by means of a questionnaire. For the selection of interviewed women, the interviewer started the way in the first house of the first street of the village, skipped two houses and interviewed the next one. In case of not finding women in the age studied or a closed house, the next one was interviewed. The research had the approval of the ethics committee of the Universidade Estadual de Maringá (COPEP). Results obtained: women in the 40s, menstruated at the age of 13, initiated the sexual life at an average age of 19, don't smoke, are married, have a regular partner, 40,98% incomplete elementary school, had two or three children born in normal or cesarean birth, do not use condoms and most of them affirmed not having had a sexually transmitted disease (STD) in the last ten years. Of the women who reported to have had some STD, the most cited was HPV. As for gynecological infections, 64% had already presented this problem, but did not need cauterization and 54% had never had any kind of cancer in the family. As for contraceptive methods, 56% of women did not use any and among women who used them, the methods were pills and surgery. About the preventive examinations, 92% had already had them performed. Of those, 73% reported to have felt no pain in the procedure and 48,84% had some difficulty during its performance. Just 8% had never been submitted to the exam, 30% percent do not do it regularly and 53% do it annually. Of the women who do it, 72,26% do it because of their own will. The main reason for not doing it was for comodity, followed by fear or shame. Women who had children had the exam done more often. Among the difficulties found for the performing of the exam, women who make use of public health service had more difficulty. Married women do it more than single women and, because they have regular partners, don't think condoms are necessary. As a conclusion, it was possible to notice that many of the interviewed women perform the preventive exam in private clinics or do not do it regularly, which may explain the low municipal cover of the Program of Prevention of Gynecological Cancer. As a solution we suggest campaigns for making people aware of its importance and different times of collection.

Keywords: cervical cancer, Pap smears, woman health

RESUMÉN

FACTORES QUE CONTRIBUYEN PARA LA NO REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO, EN EL MUNICIPIO DE CIANORTE

El cáncer de cuello uterino representa la segunda causa de muerte del sexo femenino en Brasil. La neoplasia cervical posee una incidencia en todo el mundo, con casi medio millón de casos por año, principalmente en países en desarrollo. Este estudio tiene como objetivo, identificar los posibles factores de la no realización del examen citopatológico rutina de cuello uterino de las mujeres de Cianorte-Pr. El trabajo se caracteriza por un estudio *survey*, aplicado por medio de encuesta populacional. La encuesta fue desarrollada en el Municipio de Cianorte-Pr, región noroeste de Paraná. La muestra contó con 427 mujeres. Para selección de direcciones y realización de las encuestas, fue solicitado a la Alcaldía el mapa del municipio. La colecta de datos se realizó por medio de cuestionario. Para la selección de las mujeres entrevistadas, la entrevistadora empezaba el percurso en la primera casa de la primera calle del barrio, pasaba dos casas y entrevistaba la próxima; en el caso de no encontrarse mujeres en la edad estudiada o la casa estar cerrada, se iba a la casa siguiente. La encuesta fue aprobada por el "Comité de Ética" de UEM (COPEP). Resultados obtenidos: mujeres de 40 años, menstruaron a los 13 años de edad, empezaron la vida sexual en média a los 19 años, no fuman, son casadas, tienen un compañero fijo, 40,98% poseen enseñanza básica incompleta, tuvieron dos o tres hijos, de partos normales o cesarianas, no utilizan preservativo y la mayoría dice no haber tenido Enfermedades Sexualmente Transmisibles en los últimos diez años. De las mujeres que relataron haber tenido alguna Enfermedad Sexualmente Transmisible, la más citada fue el HPV. Cuanto a infecciones ginecológicas, 64% ya presentaron estas patologías, mas no necesitaron cauterización y 54% no tuvieron ningún tipo de cáncer en la familia. Cuanto al método de anticoncepción, 56% de mujeres dijeron no utilizar ninguno y entre las mujeres que lo utilizan, los métodos de preferencia son el anticoncepcional hormonal y la laqueadura. Cuanto al examen preventivo, 92% ya lo realizaron siendo que 73% no sienten dolor en la colecta y 46,84% presentan alguna dificultad para su realización. Solamente 8% nunca realizaron el preventivo, 30% no tienen rutina en la colecta y 53% realizan el Papanicolaou a cada año. De las mujeres que realizan el examen preventivo 72,26% lo hacen por voluntad propia. La causa principal para la no realización del examen fue falta de voluntad, seguido del miedo y vergüenza. Las mujeres que tenían hijos realizaban con más frecuencia el examen. Dentre las dificultades encontradas para la realización del examen, las mujeres que lo realizan en los puestos médicos presentan más dificultades. Las mujeres casadas hacen más exámenes preventivos que las solteras y, por tener un compañero fijo, no creen que se necesite utilizar preservativo. Como conclusión, verificamos que muchas mujeres entrevistadas realizan el examen preventivo en consultorios particulares, o no presentan rutina en la colecta, lo que puede explicar la baja cobertura municipal del Programa de Prevención de Cáncer Ginecológico. Para solucionar este problema sugerimos campañas de conscientización y colecta en horarios distintos de los que ya existen en el municipio.

PALAVRAS-CLAVE: Cáncer de cuello uterino, Papanicolaou, Salud de la mujer.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Sistema reprodutor feminino	16
Figura 02. Epitélio do colo do útero normal	17
Figura 03. Estadiamento do Câncer de colo uterino.....	18
Figura 04. Estadiamento do câncer NIC I, NIC II e NIC III	18
Figura 05. Esfregaço vaginal (A- células escamosas; B- NIC I; C- NIC II; D- NIC III)	19
Figura 06. Mapa Distrito de Vidigal, São Lourenço e Cidade de Cianorte	25
Figura 07. Percentagem de mulheres entrevistadas em cada bairro. Cianorte, Pr, 2007.....	32
Figura 8. Box plot da variável idade. Cianorte, Pr, 2007.....	33
Figura 9. Box plot da variável idade da menarca. Cianorte, Pr, 2007.....	36
Figura 10. Box plot da variável idade da primeira relação sexual. Cianorte, Pr, 2007.	38
Figura 11. Percentual de mulheres fumantes. Cianorte, Pr, 2007.....	39
Figura 12. Percentual da variável parceiro fixo. Cianorte, Pr, 2007.....	40
Figura 13. Uso de camisinha entre as pacientes. Cianorte, Pr, 2007	43
Figura 14. Presença de DST's nas mulheres nos últimos 10 anos. Cianorte, Pr, 2007	47
Figura 15. Frequência das doenças apresentadas por mulheres que declararam ter tido alguma DST nos últimos 10 anos, Cianorte, Pr, 2007.	48
Figura 16. Presença de infecção nas mulheres. Cianorte, Pr, 2007	49
Figura 17. Pacientes que realizaram ou não cauterização. Cianorte, Pr, 2007.....	50
Figura 18. Presença ou não de casos de câncer na família. Cianorte, Pr, 2007.	52
Figura 19. Frequência de mulheres que alegam sentir dor durante o preventivo. Cianorte, Pr, 2007.....	54
Figura 20. Motivos apresentados para não realizar o exame preventivo. Cianorte, Pr, 2007.....	55
Figura 21. Periodicidade da realização do exame preventivo citado pelas pacientes. Cianorte, Pr, 2007	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo faixa etária. Cianorte, Pr, 2007	32
Tabela 2. Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo situação conjugal. Cianorte, Pr, 2007	34
Tabela 3. Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo grau de escolaridade. Cianorte, Pr, 2007	34
Tabela 4. Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo idade da menarca, Cianorte, Pr, 2007	35
Tabela 5. Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo Idade da primeira relação sexual. Cianorte, Pr, 2007	37
Tabela 6. Número de parceiros nos últimos 12 meses das mulheres de Cianorte, Pr, 2007	41
Tabela 7. Métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres. Cianorte, Pr, 2007	41
Tabela 8. Uso de camisinha e parceiro fixo. Cianorte, Pr, 2007	44
Tabela 9. Uso de camisinha e situação conjugal. Cianorte, Pr, 2007	44
Tabela 10. Método anticoncepcional e número de partos. Cianorte, Pr, 2007 ..	45
Tabela 11. Freqüência do número de partos por mulher. Cianorte, Pr, 2007	46
Tabela 12. Freqüência do tipo de parto realizado pelas entrevistadas. Cianorte, Pr, 2007	46
Tabela 13. Freqüência de infecção e presença de DST nos últimos 10 anos. Cianorte, Pr, 2007	48
Tabela 14. Cauterização e câncer na família. Cianorte, Pr, 2007	50
Tabela 15. Freqüência de mulheres que realizaram o exame preventivo. Cianorte, Pr, 2007	52
Tabela 16. Freqüência das mulheres que sentem ou não dificuldade durante o exame preventivo. Cianorte, Pr, 2007	54
Tabela 17. Motivos para realização do exame preventivo. Cianorte, Pr, 2007 ...	57
Tabela 18. Número de partos e realização do exame preventivo. Cianorte, Pr, 2007	59
Tabela 19. Dificuldade na realização do preventivo e local de realização. Cianorte, Pr, 2007	60
Tabela 20. Local de realização do exame e dor durante a realização do exame. Cianorte, Pr, 2007	61
Tabela 21. Uso de camisinha e realização do exame preventivo. Cianorte, PR, 2007	61
Tabela 22. Exame preventivo e situação conjugal. Cianorte, Pr, 2007	62
Tabela 23. Bairros onde residem as entrevistadas e o local de realização do exame. Cianorte, Pr, 2007	63

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REvisão da literatura.....	16
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	Geral.....	22
3.2	Específicos.....	22
4	MATERIAL E MÉTODO.....	23
4.1	Tipo do estudo.....	23
4.2	População alvo.....	23
4.3	Local de realização.....	23
4.4	Amostra.....	24
4.5	Divisão do município.....	24
4.6	Seleção dos bairros endereços.....	27
4.7	Questionário.....	27
4.8	Seleção das entrevistadoras.....	27
4.9	Validação do questionário.....	28
4.10	Percurso.....	28
4.11	Seleção das mulheres.....	28
4.12	Análise estatística.....	29
4.13	Comitê de ética.....	29
4.14	Variáveis de estudo.....	29
4.15	Rotina dos postos de coleta.....	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
5.1	Caracterização dos Bairros.....	31
5.2	Caracterização da amostra.....	32
5.3	Risco para câncer colo uterino / antecedentes familiares de câncer:.....	39
5.4	Realização do exame citopatológico do colo uterino:.....	52
6	CONCLUSÃO.....	64
7	Fatos que chamaram a atenção durante a pesquisa.....	67
8	SUGESTÃO PARA A MELHORIA DO ATENDIMENTO.....	69
	REFERÊNCIAS.....	71
	ANEXO 1 - questionário.....	79
	ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	84

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino representa a segunda causa de morte entre as mulheres em todo o mundo, sendo superado somente pelas doenças cardiovasculares. O câncer de mama, assim como o de útero, é responsável por quase um terço das mortes em todo o país (HACKENHAAR, CESAR, DOMINGUES, 2006).

Segundo Franco, Duarte-Franco e Ferenczy (2001) a neoplasia cervical possui uma incidência em todo o mundo com cerca de meio milhão de casos por ano, principalmente em países em desenvolvimento, especialmente na América Latina, sendo o Brasil considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um país de alto risco para o carcinoma cervical.

Nas décadas de 80 e 90, houve uma discreta diminuição da mortalidade (0,61%) por câncer de colo uterino (BRASIL, 2006). Segundo a OMS diagnosticam-se a cada ano 470.000 casos de câncer do colo uterino no mundo todo. Destes, 230.000 evoluem para o óbito sendo que 80% ocorrem em países em desenvolvimento. Portanto, a neoplasia cervical permanece como um dos mais importantes e danosos cânceres (PARKIN *et al*, 2001; PISANI *et al*, 1999).

Os principais fatores predisponentes para o câncer cérvico uterino são: início precoce da atividade sexual, multiparidade, multiplicidade de parceiros sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), tabagismo, falta de vitaminas A e C e uso de contraceptivo oral (BOUNDY *et al*, 2004; PARANÁ, 2002).

O câncer cervical é uma doença passível de prevenção que pode ser efetuada através da erradicação do HPV ou da detecção e tratamento das lesões precursoras (WARNER, PARSONS, 1996). Importante para a prevenção do HPV é a utilização de preservativo. Com a prática do sexo seguro o risco de contágio diminui (INCA, 2007). Outra forma preventiva é a vacina contra o HPV que é altamente imunogênica. A vacina bivalente (que protege contra os tipos 16 e 18) apresenta eficácia em 91,6% em casos de infecção incidental e 100% em infecções persistentes. A vacina quadrivalente (que protege contra os tipos 6,11,16 e 18) tem apresentado redução da incidência de infecções pelo HPV (NADAL; MANZONE, 2006). Estas vacinas devem ser administradas antes do primeiro contato sexual.

Mesmo com resultados expressivos, as vacinas ainda estão com custo elevado, não estando acessível à população (LINHARES; VILLA, 2006).

Alguns tipos de HPV são considerados o agente etiológico mais importante envolvido na patogenia do câncer cervical. O HPV tem sido responsabilizado pelo desenvolvimento de malignidade comprometendo, na mulher, o períneo, vulva, vagina, colo do útero e região anal; no homem, infectam pênis, uretra, saco escrotal e região anal (SANTOS *et al*, 2002; LINDEL *et al*, 2001).

Um marco histórico importante no conhecimento do câncer de colo uterino foi o estudo de Papanicolaou (Traut, 1943 *apud* Chong, 1990), que mostrou ser possível detectar células neoplásicas mediante o esfregaço vaginal. Assim, o exame Papanicolaou passou a ser utilizado em diversos países para o rastreamento populacional, e para detecção precoce do câncer de colo uterino.

Segundo Murta *et al* (1999), a prevenção do câncer de colo uterino é proporcional à diminuição de sua incidência por meio da coleta do exame de Papanicolaou em programas permanentes de prevenção.

Realizando o exame Papanicolaou periodicamente, a mulher consegue fazer a detecção precoce das lesões devido à fase pré-clínica longa e há a expectativa da identificação de lesões que não foram identificadas em exames anteriores, o que é uma segurança maior para a cliente (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Considerando a elevada ocorrência deste tipo de câncer e dependendo do estágio em que é detectado, do seu elevado potencial de cura a um custo aceitável pelos serviços da saúde, é lícito destacar a importância de exames periódicos como estratégia para a redução da mortalidade por esta causa (HERRERO *et al*, 1990; ROBLES *et al*, 1996; SANKARANARAYANAN *et al*, 2001; DRAIN *et al*, 2002).

O maior número de casos diagnosticados de câncer de colo uterino está na faixa etária de 40 anos e as lesões encontradas são com estadiamento avançado (MURTA *et al* 1999).

Segundo Bittencourt, Scaletzky e Boehi (2004), 70% dos casos diagnosticados de câncer terão que realizar quimioterapia e 60% será necessário o tratamento de radioterapia, o que representa um gasto elevado para o Estado.

Portanto, a detecção e tratamento das lesões precursoras constituem um método viável e eficaz na prevenção do câncer de colo uterino.

Entretanto, para que o diagnóstico precoce seja realizado com êxito, são necessários programas de rastreamento organizados. Os programas que tentam incluir todas as mulheres através de convites objetivos e personalizados mostram-se mais eficientes do que aqueles em que os controles são realizados por demanda espontânea (SIGURDSON, 1993). A maioria deles baseia-se na aplicação do exame de Papanicolaou ou citologia espontânea (MANDELBLATT *et al*, 2002; FRANCO, 1997;). A proposta destes programas inclui diagnosticar e tratar lesões precursoras de câncer cervical, prevenindo a progressão para a forma invasora (IARC, 1995).

Mesmo com a ampliação do programa de prevenção ao câncer de colo uterino, a incidência continua alta e o número de mortes vem aumentando no Brasil. A taxa de mortalidade aumentou 34% de 1979 para 2002 (INCA, 2002).

Os obstáculos ao estabelecimento dos programas são muito grandes, incluindo custos, processos educativos e interesses políticos (MILLER *et al*, 1986). O objetivo do programa é diminuir a incidência e mortalidade por câncer de colo de útero, através da ampliação do acesso das mulheres ao exame de Papanicolaou, priorizando as de maior risco e garantindo diagnóstico, tratamento e seguimento adequado (BRASIL, 2005).

A Organização Mundial da Saúde coloca como meta mínima para a realização do exame preventivo de câncer 80% das mulheres, enquanto que o Ministério da Saúde coloca apenas de 70% (BRASIL, 2006).

No Brasil, estima-se que em 2006 tenham sido diagnosticados 19.260 casos novos de câncer de colo uterino. Se excluirmos o câncer de pele não melanoma, o câncer de colo uterino é o de maior incidência na região Norte e o segundo nas regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste. Estes dados levam a entender que o diagnóstico e o tratamento do câncer de colo uterino é fácil e acessível e, assim mesmo, a incidência e a mortalidade por esta doença ainda é elevada. A incidência de câncer de colo de útero no Paraná em 2006 (taxa bruta) foi de 27,52 por 100.000 mulheres (INCA, 2007).

Em 1997, o Estado do Paraná implantou o Programa Estadual de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico que visa rastrear o câncer em todo o Estado (PARANÁ, 2002).

A Secretaria Regional de Saúde de Cianorte/Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico (2006) estabeleceu como meta para o ano de 2005 a realização de 11.520 exames de Papanicolaou no município, ou seja, 960 exames/mês em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, porém, foram realizados

4.187 exames no total, o que inclui todas as mulheres acima de 12 anos de idade que fizeram o preventivo de câncer no município. Durante o ano de 2005, em nenhum mês foi registrado o cumprimento da meta estipulada de exames, mesmo em outubro quando houve uma mobilização e incremento da coleta. Esta estratégia é recomendada por Peloso e Carvalho (2000), pois verificaram que as campanhas constantes de divulgação e orientação sobre o câncer cérvico uterino apresentam resultados evidentes.

No ano de 2006, o Ministério da Saúde estimou para Cianorte a coleta de 70% da população de 25 a 59 anos, perfazendo uma média mensal de 852 exames, em um total de 10.214 exames/ano (PARANÁ, 2006). Em 2006, o município realizou 1.879 (36,75%) exames no primeiro semestre do ano, ficando bem abaixo da meta mensal.

Dados da 13ª Regional de Saúde de Cianorte (13ª RS) mostram que em 2005 a cobertura de exames também foi baixa. A 13ª RS tinha a meta de colher 20.168 exames (70% da população na faixa etária de 25 a 59 anos) e colheu apenas 39,9%. No primeiro semestre de 2006, atingiu 15,5% de sua meta para o ano, o que leva a crer que os dados ficarão parecidos com os obtidos em 2005 (PARANÁ, 2006).

Ao compararmos o número de coletas realizadas no município e a previsão de exames para o ano, notamos a dificuldade do município em atingir as metas estabelecidas pelo programa. Para o rastreamento do câncer cérvico uterino, a OMS preconiza que o preventivo de câncer realizado pela rede pública atenda 85% das mulheres na faixa etária de risco para o câncer. No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza 80%, considerando que os 20% restantes procurem atendimento particular. O município de Cianorte atingiu, com a estratégia acima, apenas (39,9%) das mulheres na idade de maior risco do programa no ano de 2005 (PARANÁ, 2006).

A estimativa da população de Cianorte para o ano de 2006 era de 62.986 habitantes (IBGE, 2006). A população feminina estava estimada em 32.042 mulheres. Destas, 17.763, na faixa etária de 20 a 59 anos (DATASUS, 2007). O coeficiente de óbito por câncer de colo de útero foi de 5,56/100.000 habitantes em 2003. Entretanto, na 13ª RS, no mesmo ano, o coeficiente de mortalidade por câncer de colo de útero foi de 7,86/100.000 mulheres (PARANÁ, 2006).

Este estudo se justifica devido ao câncer cérvico uterino ser passível de prevenção e, de acordo com os dados da Secretaria de Estado, as mulheres

atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não estarem procurando o serviço.

2 REVISÃO DA LITERATURA

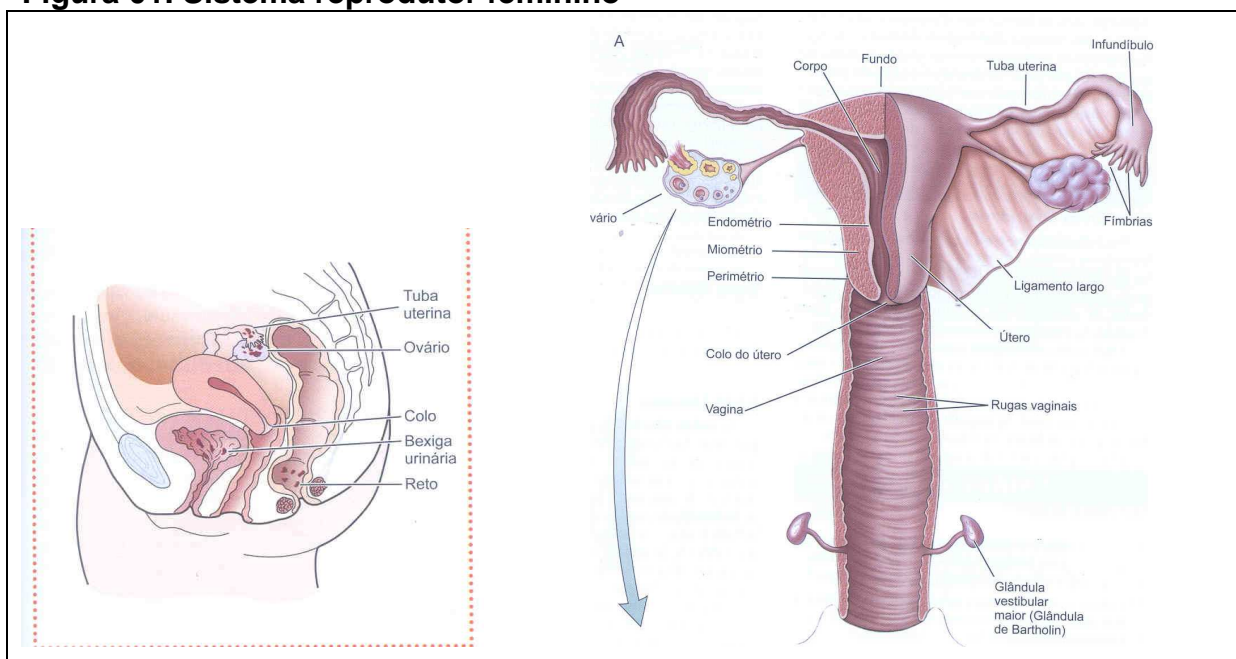
O câncer é considerado um conjunto de mais de 100 patologias que comprometem os tecidos e órgãos no corpo humano alterando o crescimento celular (BRASIL, 2002).

A característica principal do câncer é a divisão celular acelerada, com crescimento desordenado levando, assim, à formação de tumores (INCA, 2007). As neoplasias se iniciam após uma hiperplasia, metaplasia ou uma displasia, que podem ocorrer em qualquer tecido do organismo. A causa do crescimento autônomo, ilimitado e não controlado das células ainda não é conhecida (LOPES DE FARIA et al, 2003).

Os órgãos que compõem o aparelho reprodutor feminino são os ovários, tubas uterinas, útero e vagina. O útero, maior órgão do sistema reprodutor feminino, se localiza no abdome inferior, atrás da bexiga. É dividido em duas partes: corpo e colo.

No câncer de colo uterino as células atingidas são aquelas da região da ectocérvice e endocérvice, revestimento externo e interno do colo uterino (BRASIL, 2006).

Figura 01. Sistema reprodutor feminino

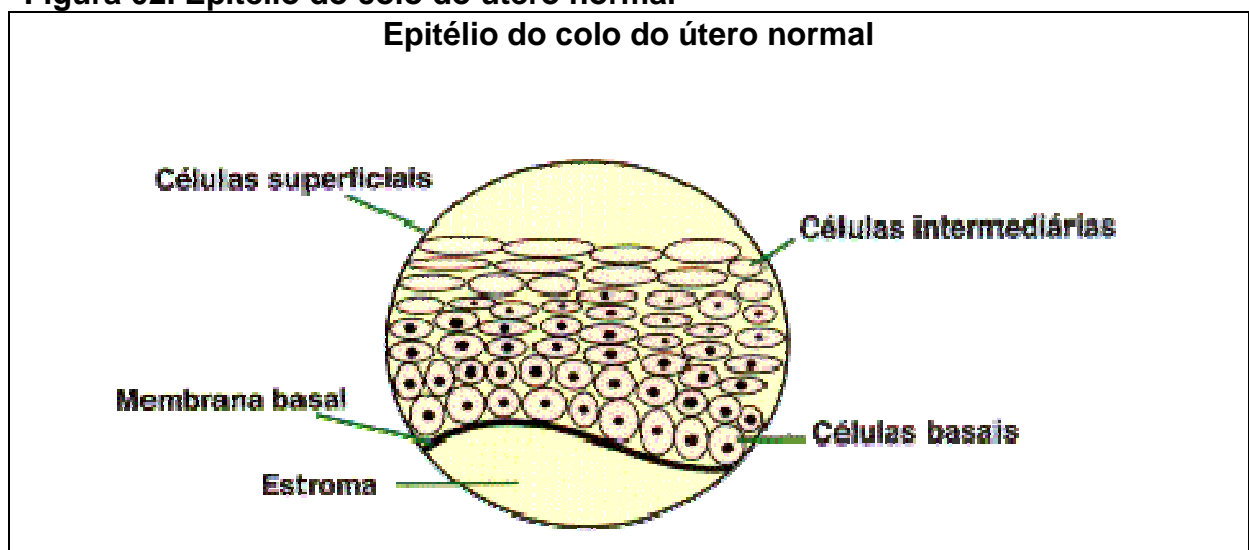


Fonte: HERLIHY; MAEBIUS, 2002.

Com crescimento lento e imperceptível, o câncer de colo uterino avança progressivamente, podendo evoluir de 10 a 20 anos, atingindo as células intra-epiteliais e chegando a atingir um processo invasor. Podemos dividir este estadiamento em três fases de Neoplasia Intra-Epitelial (NIC) I, II e III. NIC I são consideradas as lesões de baixo grau (displasia leve), a diferenciação celular chega a 1/3 proximal da membrana. NIC II são lesões de alto grau (displasia moderada), as lesões evoluem para 2/3 proximais da membrana e NIC III são lesões de alto grau com desordenação celular em todas as camadas (displasia grave e carcinoma in situ), mas não chegam a romper a membrana basal. As lesões de alto grau (NIC III) geralmente contêm o Papiloma Vírus Humano (HPV) (BRASIL,2006; RUBIN e FARBER, 2002; CONTRAN, 2000).

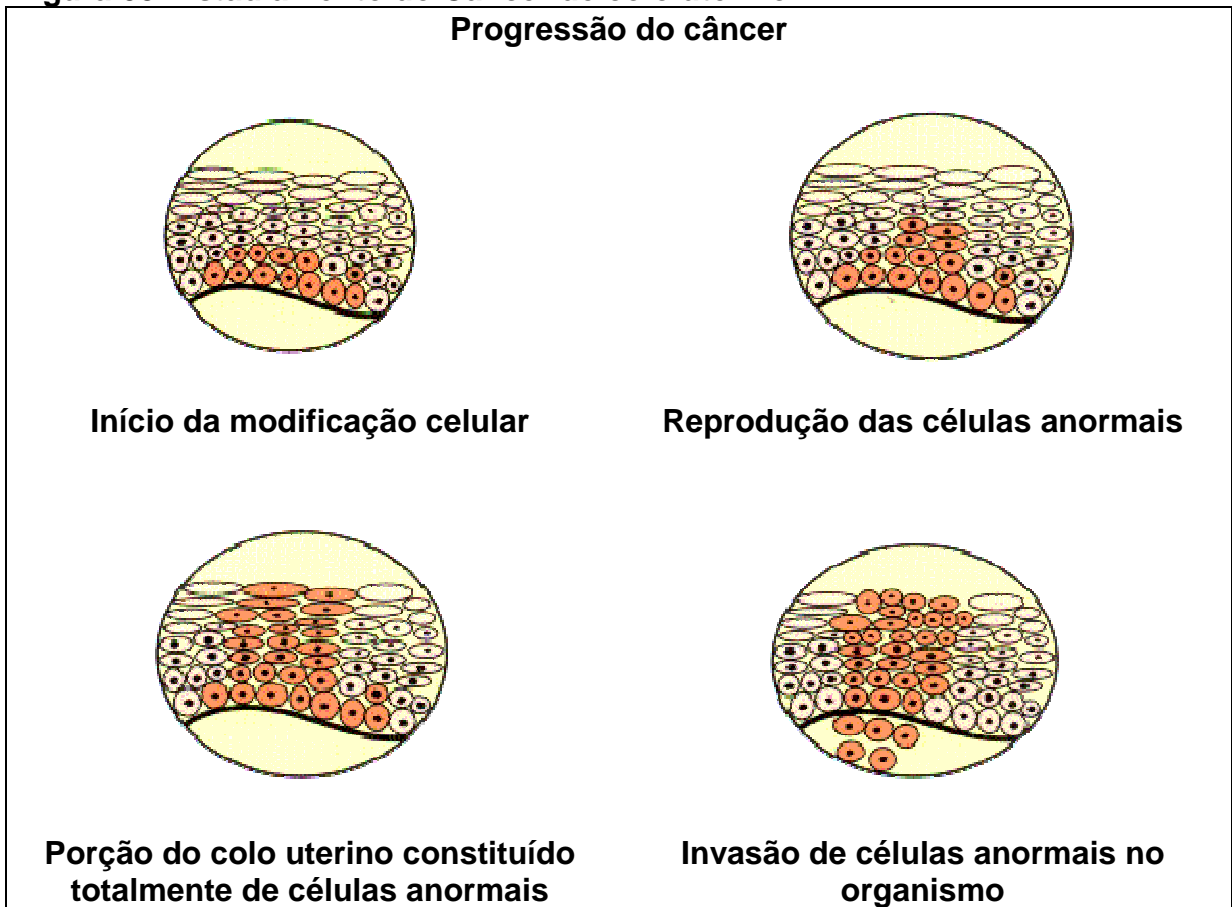
O câncer de colo uterino geralmente se inicia com uma displasia de revestimento que evolui. Essa situação só é considerada displasia leve quando as atipias celulares e a desorganização celular atingem até 1/3 das células epiteliais do colo uterino. Quando atingirem 2/3 do epitélio é considerado um caso de displasia grave. A evolução das displasias leva ao diagnóstico de carcinoma in situ (alterações celulares são maiores que 2/3 do epitélio). O carcinoma invasor se caracteriza com o rompimento da membrana basal nas células do epitélio, que se tornam invasoras ao atingir o estroma subjacente. Assim, a evolução da displasia, carcinoma in situ e carcinoma invasor, pode-se dizer que são a evolução de um mesmo processo (LOPES DE FARIA et al, 2003).

Figura 02. Epitélio do colo do útero normal



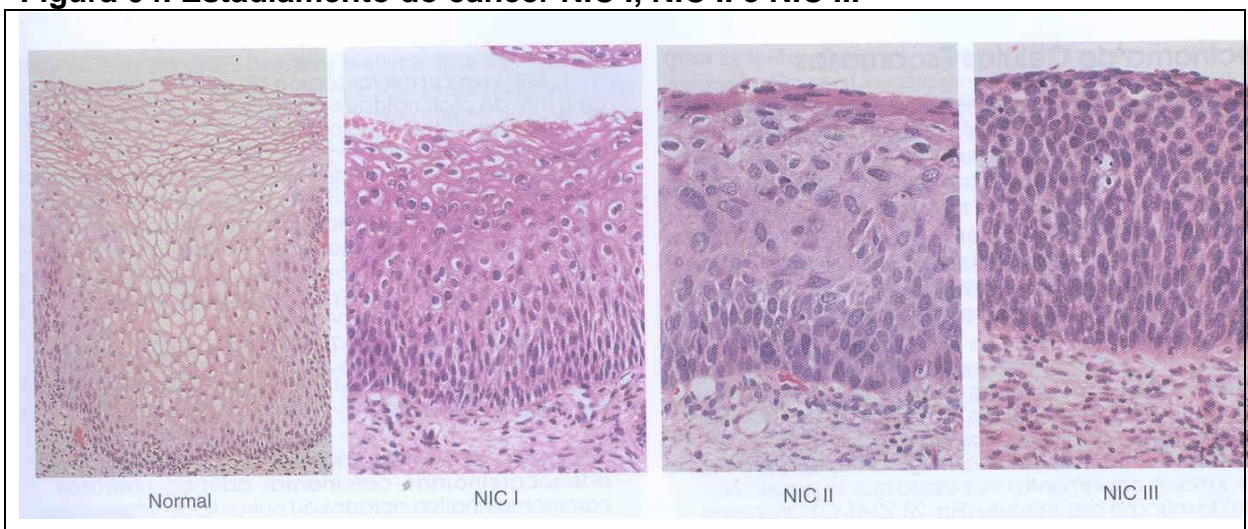
Fonte: RAMOS, 2007.

Figura 03. Estadiamento do Câncer de colo uterino
Progressão do câncer



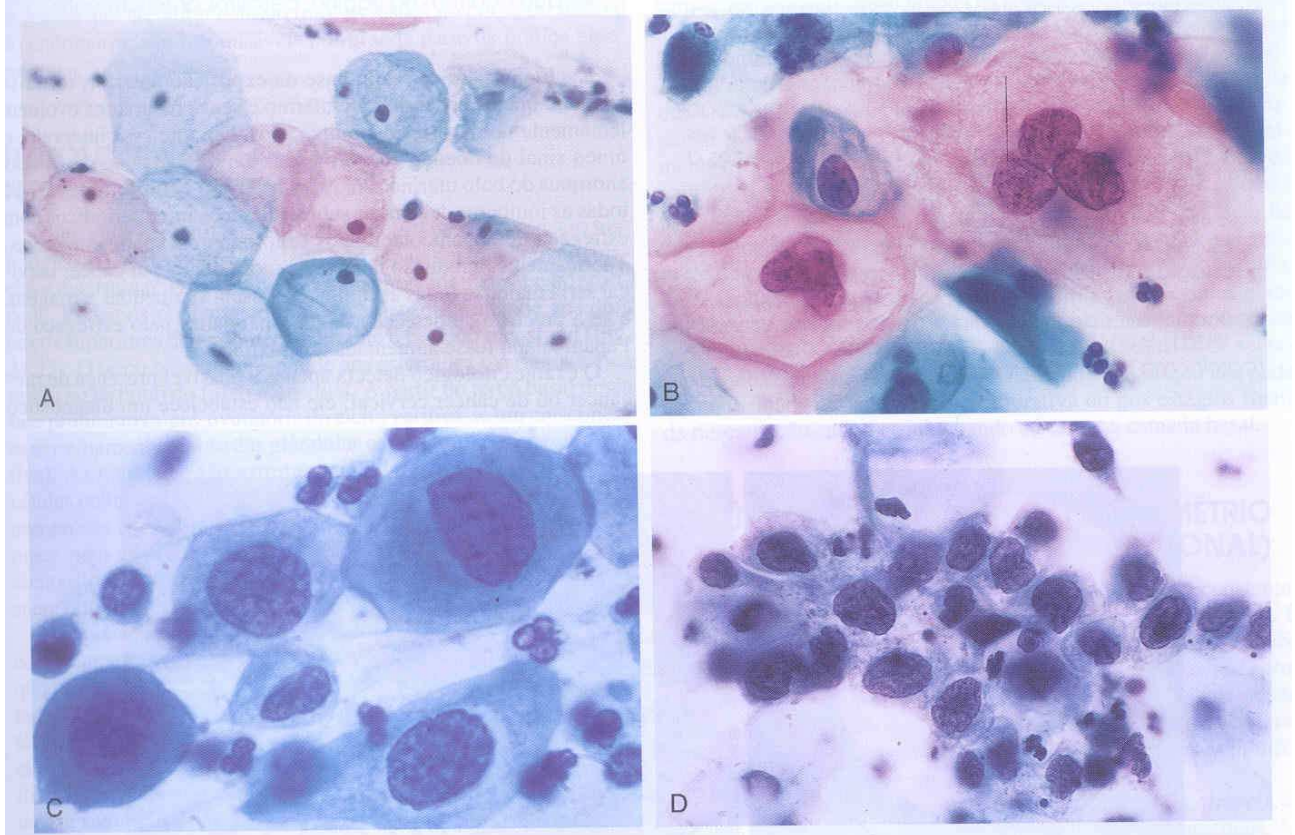
Fonte: RAMOS, 2007.

Figura 04. Estadiamento do câncer NIC I, NIC II e NIC III



Fonte: CONTRAN et al, 2000.

Figura 05. Esfregaço vaginal (A- células escamosas; B- NIC I; C- NIC II; D- NIC III)



Fonte: CONTRAN et al, 2000.

Toda mulher apresenta dois tipos de fatores ligados ao câncer de colo uterino: os fatores protetores e os fatores de risco. Como fatores protetores temos a atividade física e alimentação saudável. Associados ao risco, porém, existem muitos fatores: HPV, baixa renda, multiparidade, multiplicidade de parceiros, início precoce de atividade sexual (menos de 16 anos), tabagismo, uso de contraceptivo oral e baixa ingestão de vitaminas A e C (BRASIL, 2006; BOUNDY *et al* 2004; BRASIL, 2002; PARANÁ, 2002; CONTRAN, RAMZI, ROBBINS, 2000; CONTRAN, KUMAR, COLLINS, 2000).

Os fatores protetores (alimentação e exercícios físicos) colaboram mantendo a imunidade da mulher diminuindo, assim, o risco de desenvolver o câncer de colo uterino. Hábitos saudáveis de alimentação podem reduzir em até 40% o risco de desenvolver o câncer. Dentre os hábitos saudáveis estão: diminuir ingestão de gorduras, principalmente as de origem animal, introduzir e/ou aumentar o consumo de fibras, minerais e vitaminas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2002).

Dentre os fatores de risco para o câncer e colo uterino, o HPV é um

dos mais importantes, pois está presente em quase 100% dos casos diagnosticados e estima-se que sua prevalência seja de 05 a 20% das mulheres sexualmente ativas (BRASIL, 2002). A transmissão do HPV geralmente ocorre com o contato sexual entre um portador do vírus e uma pessoa sadia sem a utilização de preservativo, o que comprova a importância da educação da população em geral para o uso do preservativo (SOUTO, FALHARI, CRUZ, 2005).

Estudos recentes, usando testes com a técnica de reação em cadeia polimerase (PCR) de uma grande coleção de espécimes internacionais de câncer cervical, demonstram a presença do DNA do HPV em mais de 99,7% dos casos. Atualmente, está bem estabelecido que a infecção pelo HPV é o fator central e causal do câncer do colo de útero (SOUTO *et al*, 2005; DELUCA *et al*, 2004; FRANCO *et al*, 2001).

O HPV apresenta mais de 100 genótipos, dentre estes são considerados de alto risco os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 68 devido sua associação às neoplasias intracelulares cervicais (NIC), câncer cervical e seus precursores (FRANCO, 2001). Segundo Silva *et al* (2006), o Tipo HPV-16 foi encontrado em 60% das pacientes diagnosticadas. Em todo o mundo, o HPV-16 e o HPV-18 é identificado em 70% das lesões neoplásicas de alto grau e no câncer cervical invasivo (NADAL; MANZONE, 2006). Além dos tipos 16 e 18 presentes em quase todas as lesões, os tipos mais encontrados são: 31, 33 e 35. Estes cinco tipos são considerados mais graves (RUBIN; FABER, 2002).

A multiparidade, multiplicidade de parceiros, início precoce de atividade sexual e o uso de contraceptivo oral são considerados co-fatores de risco por facilitar o contágio do vírus HPV (LEAL *et al*, 2003).

A utilização do tabaco faz com que a mulher apresente maior risco de desenvolver algumas patologias, dentre elas: o câncer de colo de útero, infertilidade e problemas ligados à menstruação (irregularidade menstrual, dismenorréia e até mesmo menopausa precoce) (BRASIL, 2006).

Na fase inicial, o câncer de colo uterino não apresenta sintomatologia. Quando estas aparecem, inicia-se com sangramento após o ato sexual e sangramentos irregulares, isto é, sangramentos entre uma menstruação e outra, ou, ainda, após a menopausa. Com a evolução da doença, estes sangramentos tendem a piorar e vir acompanhados de dor forte, anemia e febre, o que sugere que a doença já está avançada. Pode ocorrer, ainda, secreção com odor forte e emagrecimento. Em grau avançado, o câncer de colo uterino pode

apresentar metástase na bexiga e reto e neste estágio a paciente pode apresentar eliminação de urina e fezes involuntariamente (BRASIL, 2006; BOUNDY, 2004; NETTINA, 2003).

O diagnóstico precoce é feito pelo exame de Papanicolaou, preferencialmente uma vez ao ano realizado tanto em serviços privados como na rede pública. Com o rastreamento citológico positivo a mulher é encaminhada para a colposcopia e biópsia. Confirmando a positividade das lesões os próximos passos no tratamento são: a cirurgia que pode ser por conização, histerectomia, ooforectomia, entre outras, e a radioterapia e/ou a quimioterapia (BRASIL, 2006; BOUNDY, 2004; NETTINA, 2003).

O câncer de colo uterino apresenta um potencial de cura perto de 100%, desde que seu diagnóstico aconteça no início da doença e o tratamento realizado corretamente (BRASIL, 2002).

A prevenção primária do câncer de colo de útero compreende: utilizar preservativo (sexo seguro), combater as deficiências nutricionais, diminuir a utilização e/ou o contato com o tabaco, diminuir a ingestão de álcool, e realizar atividades físicas regularmente (BRASIL, 2006; INCA, 2002).

Associado à prevenção primária, há outras formas de prevenção que são o rastreamento pelo preventivo e a imunização (NADAL, 2006).

O rastreamento do câncer de colo uterino foi implantado no Brasil há vários anos e, em 1998, o programa foi reestruturado e é a principal estratégia para a detecção precoce desta doença. Segundo recomendação do programa de prevenção do câncer do colo uterino, para todas as mulheres, após dois exames consecutivos negativos, a coleta pode ser realizada a cada três anos (BRASIL, 2006).

A vacina tem se mostrado de grande eficácia na proteção contra o HPV e deve ser administrada antes da primeira relação sexual. Deveria ser administrada em todos os adolescentes e crianças. A dificuldade hoje em relação à vacina é que seu custo ainda é muito alto, o que impede o acesso da população (LINHARES; VILLA, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar os fatores que influenciam a mulher à não realização do exame citopatológico do colo uterino de rotina em município do noroeste do Paraná.

3.2 Específicos

- Caracterizar as mulheres do município de Cianorte/PR segundo as variáveis: faixa etária, escolaridade, situação sócio econômica, situação conjugal, história obstétrica;
- Levantar os antecedentes familiares e os fatores de risco para o câncer de colo de útero;
- Descrever os motivos associados à não realização do exame citopatológico do colo uterino.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

O trabalho caracteriza-se por um estudo survey, aplicado por meio de inquérito populacional.

4.2 População alvo

A população alvo deste estudo foi composta por mulheres com idade entre 20 a 59 anos, excluindo mulheres com idade inferior a 20 anos e as que nunca tiveram relação sexual. A faixa etária estudada foi selecionada de acordo com outras pesquisas que estudaram os fatores associados à realização e a não realização do exame Papanicolaou e o conhecimento sobre as práticas do exame citopatológico em outras partes do Brasil (AMORIM, *et al*, 2006; HACKENHAAR *et al*, 2006; SILVA *et al*, 2006; BRENNNA, *et al* 2001; CESAR, *et al*, 2003). Ressalta-se que esta é a mesma faixa etária recomendada pelo Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico, que fundamenta a nossa opção por mulheres nessa fase de vida (PARANÁ, 2002).

4.3 Local de realização

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Cianorte - PR, cidade fundada em 1953, localizada na região noroeste do Paraná.

A população divulgada para Cianorte, pelo censo de 2000 do IBGE, foi de 57.401 habitantes, com projeção para 2006 de 62.986 habitantes (IBGE, 2007). A estimativa de mulheres na idade entre 20 e 59 anos, faixa etária da população alvo deste estudo, residentes na cidade de Cianorte - PR, pela projeção do último Censo para o ano de 2006 foi de 17.763 mulheres (DATASUS, 2007).

O Município de Cianorte faz parte da 13ª Regional de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde compõe-se de 9 Unidades Básicas de Saúde e um

Pronto Atendimento.

4.4 Amostra

Para o cálculo da amostra foi utilizado o Programa Estatístico Statdisk V8.4, com intervalo de confiança de 95% e erro padrão de 5%. A amostra calculada foi de 376 mulheres. Porém, foi acrescido 13,5% para possíveis perdas e recusas, já que, conforme bibliografia examinada esta porcentagem em trabalhos semelhantes variam de 10 a 20% (HACHENHAAR *et al* 2006; AMORIN *et al*, 2006). Portanto, a amostra totalizou 427 mulheres residentes no município.

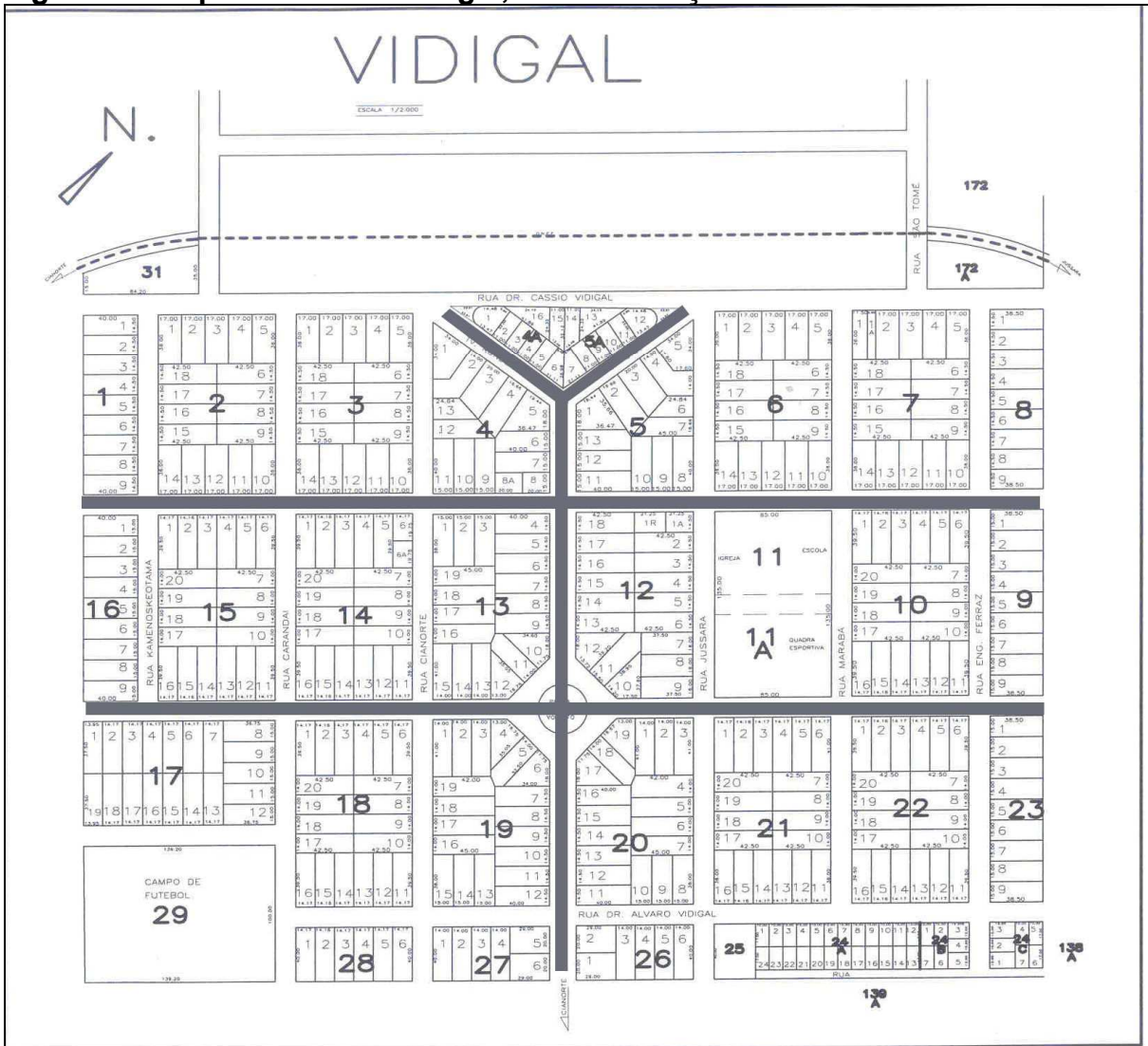
4.5 Divisão do município

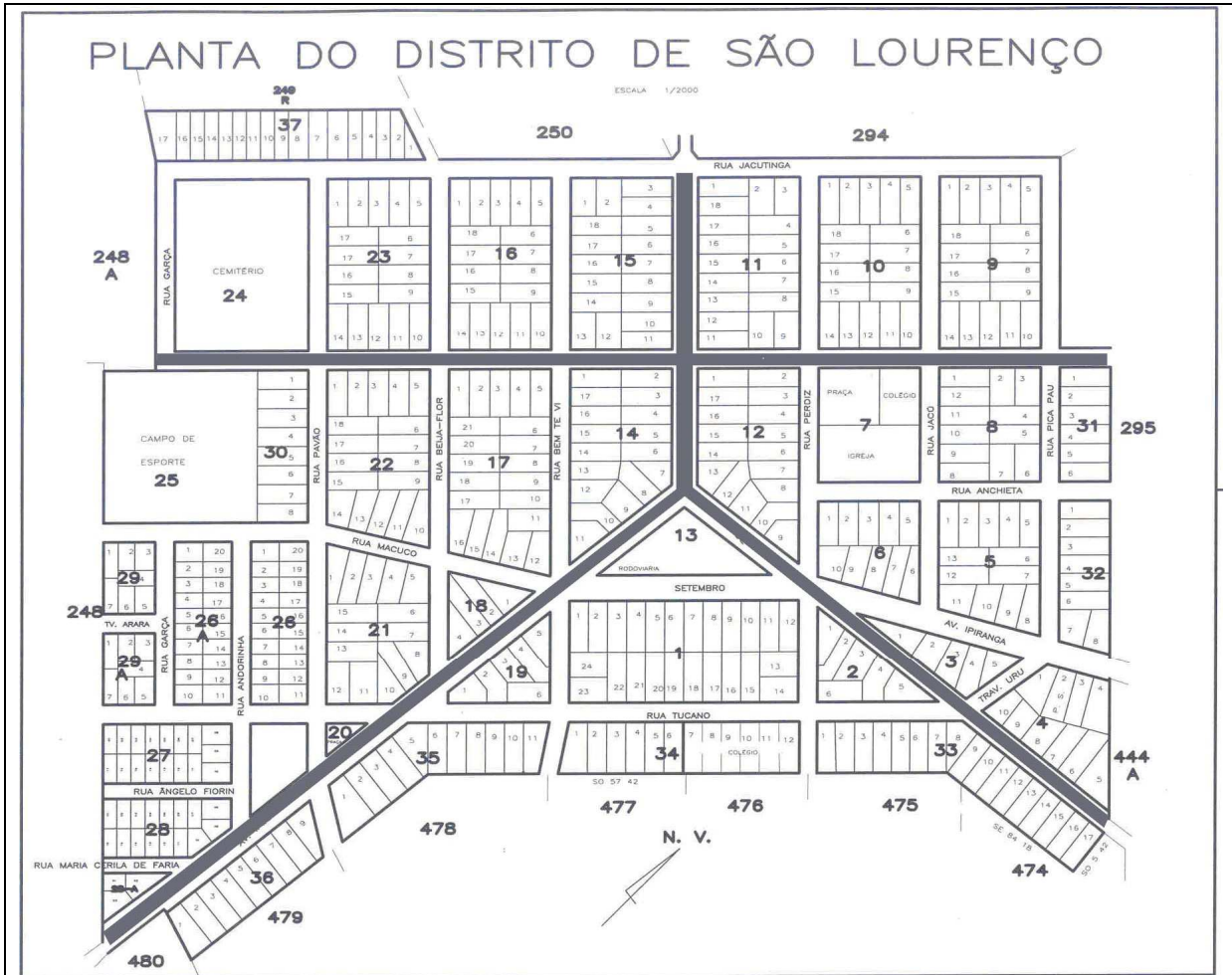
Para a seleção dos bairros e endereços das entrevistas, foram contemplados a zona urbana de Cianorte e os dois distritos, Vidigal e São Lourenço.

Foi solicitada à Prefeitura, a lista de bairros existentes no município e o número de residências em cada bairro. Foram solicitados, ainda, os mapas das áreas de abrangência da Cidade de Cianorte e dos Distritos de Vidigal e São Lourenço.

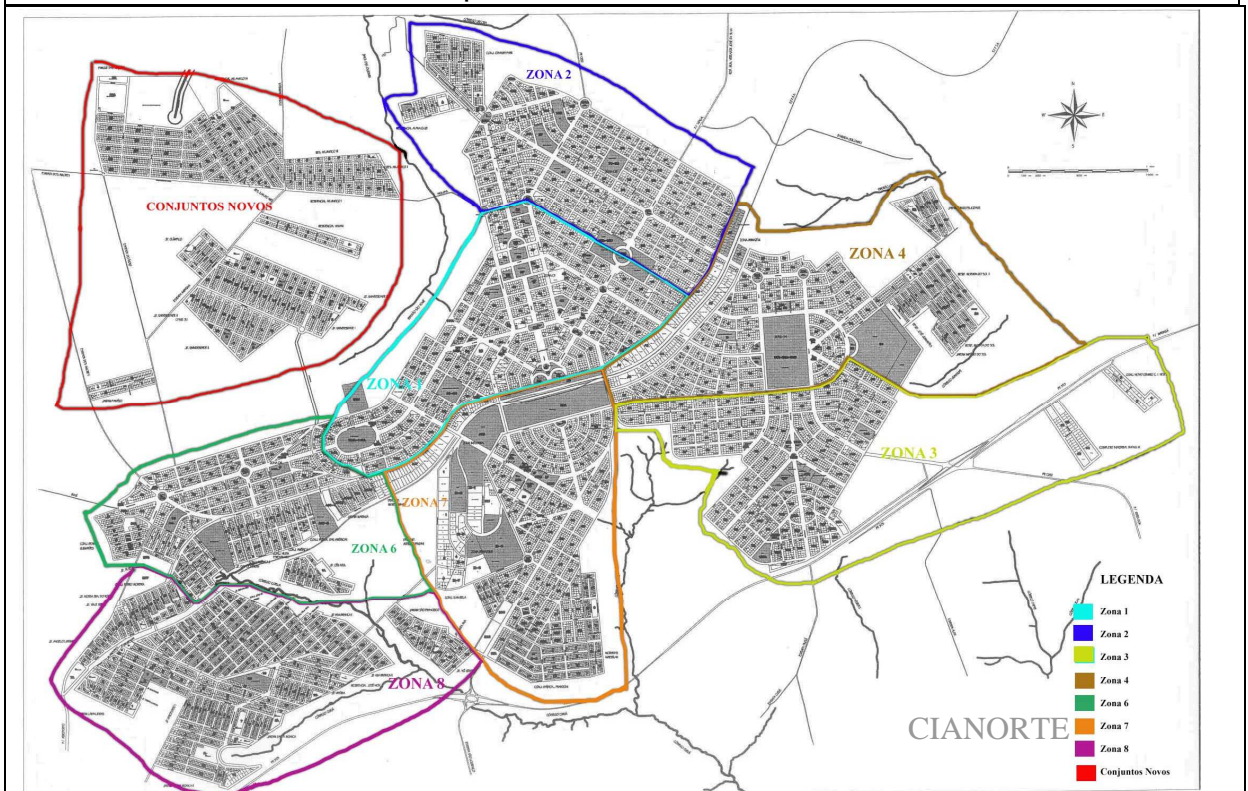
O mapa geral foi dividido, agregando os bairros mais próximos, totalizando 10 regiões denominadas pelo bairro mais populoso do conjunto agregado: Zona 1, Zona 2, Zona 3, Zona 4, Zona 6, Zona 7, Zona 8, Conjuntos Novos, Vidigal e São Lourenço.

Figura 06. Mapa Distrito de Vidigal, São Lourenço e Cidade de Cianorte





Mapa da Cidade de Cianorte



Fonte: Prefeitura do Município de Cianorte, Setor de Engenharia.

Em cada região, foi somado o número de residências e aplicado a fórmula abaixo para descobrir o número de entrevistas por região.

$$\text{Nº de entrevistas por região} = \frac{\text{Nº de residências da região}}{\text{Total de residências}} \times \text{amostra}$$

4.6 Seleção dos bairros endereços

Foram selecionadas ruas e avenidas de cada região e endereços quanto foram necessários para completar o número desejado de entrevistas, iniciando sempre pela primeira rua do bairro.

4.7 Questionário

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário elaborado de modo a facilitar o trabalho da entrevistadora e ajudar a entrevistada a fornecer as informações necessárias, de forma objetiva e precisa (Anexo 1).

O questionário consta de cinco seções:

Seção 1: Caracterização da entrevistada (Indicadores demográficos, sócio-econômicos e clínico - ginecológicos)

Seção 2: Caracterização dos fatores de risco

Seção 3: Métodos contraceptivos

Seção 4: Exames preventivos e motivos para a não realização

Seção 5: Indicadores do nível de satisfação

Quase todas as perguntas foram pré-codificadas, mas algumas exigiram respostas textuais, e estas foram agrupadas e codificadas para digitação.

4.8 Seleção das entrevistadoras

A coleta de dados foi realizada por sete entrevistadoras que foram

selecionadas no Curso de Enfermagem da UNIPAR de Cianorte. Para participar, a candidata deveria ser mulher, ter disponibilidade de horário (ao menos 20 horas semanais). As acadêmicas selecionadas foram treinadas em relação ao conteúdo teórico da pesquisa e, também, aos procedimentos de coleta de dados.

4.9 Validação do questionário

O questionário foi validado em uma pesquisa realizada em um Shopping de Cianorte. Foi entregue as mulheres trabalhadoras do Shopping, e 116 mulheres responderam o mesmo e devolveram a pesquisadora. Resultou no artigo publicado na revista de Enfermagem da UEM, do Congresso Internacional do CCS – UEM.

4.10 Percurso

A pesquisadora começava o seu percurso no primeiro endereço do mapa e continuava percorrendo a rua limite. Seguia em frente, andando pela calçada de seu lado esquerdo. Ao precisar virar, sempre que possível, o fazia à direita. Quando não era possível virar à direita, recomeçava em outro ponto ainda não visitado da região. Não entrevistava os dois lados de uma mesma rua. Se não houvesse ninguém em casa, passava para o número subsequente.

4.11 Seleção das mulheres

Em cada região, entrevistava a primeira mulher da rua, depois pulava duas casas e entrevistava a moradora da casa seguinte, prosseguindo desta forma até obter o número de entrevistas definido por região. Se a mulher selecionada não pudesse ser entrevistada por qualquer razão (doença, ausência prolongada, recusa em participar, etc.), continuava o processo de seleção, pulando as duas casas subsequentes e entrevistava a moradora da moradia seguinte.

4.12 Análise estatística

Os dados foram processados e submetidos a estudo estatístico utilizando-se o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 12.0. Foi montada uma base de dados a partir das informações coletados pelas entrevistadoras. Para verificar se existiam relações interessantes entre as variáveis apresentadas no banco de dados do trabalho, realizaram testes qui-quadrado ou exato de Fisher, quando necessário.

TESTE QUI-QUADRADO E TESTE EXACTO DE FISHER

H_0 : NÃO EXISTE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS

H_1 : EXISTE ASSOCIAÇÃO

O qui-quadrado é utilizado para aceitar ou rejeitar uma amostra, mede a probabilidade das diferenças encontradas na amostra serem devidas ao acaso, partindo do pressuposto que, na verdade, não há diferenças entre os dois grupos na população de onde provêm. Se a probabilidade for alta poderemos concluir que não há diferenças estatisticamente significativas. Se a probabilidade for baixa (particularmente menor que 5%) poderemos concluir que existe diferença estatisticamente significativa.

No entanto, o Qui-quadrado tem limitações, devendo ser substituído pela prova exata de Fisher quando os valores esperados nas células da tabela são inferiores a 5 (VIEIRA, 1980).

4.13 Comitê de ética

O trabalho de campo foi realizado em abril, maio e junho de 2007, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UEM (COPEP), parecer nº 095/2007, de acordo com a Resolução nº 196/96 e complementares do CNS/MS na 131ª reunião em 13/04/2007.

4.14 Variáveis de estudo

- Sócio – econômicas e demográficas;

- Exame Papanicolaou de rotina;
- Fatores de risco para o câncer;
- Antecedentes ginecológico / obstétrico.

4.15 Rotina dos postos de coleta

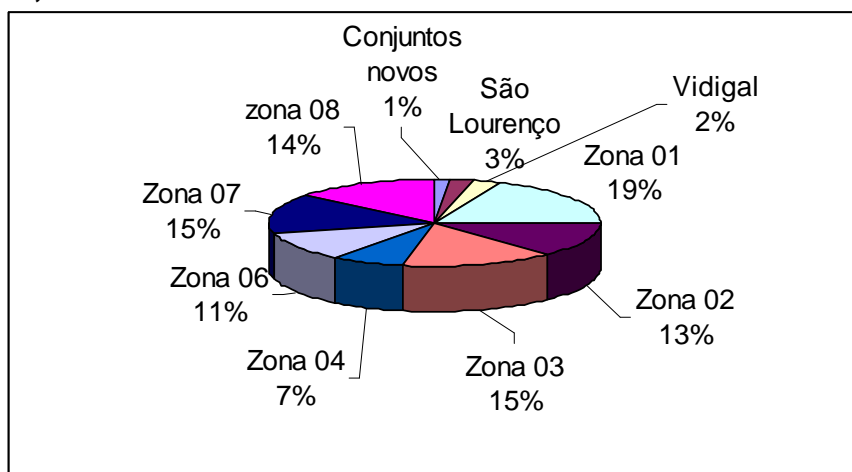
No município de Cianorte temos clínicas particulares de ginecologia onde as mulheres podem realizar a coleta do preventivo durante as consultas médicas, nestes casos são os médicos ginecologistas que realizam o procedimento. Na rede pública, a coleta do Papanicolaou é realizada por enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Em todos os postos de saúde é realizado o procedimento. O programa não tem um protocolo único para a Secretaria de Saúde, em cada unidade a equipe organiza e monta sua rotina de serviço. Nas unidades do PSF as enfermeiras que realizam o procedimento de coleta do citopatológico e o exame de mama, temos postos que colhem uma vez por semana, de quinze em quinze dias, e uma vez ao mês. Na sede da Secretaria Municipal de Saúde (NIS II), no centro da cidade de Cianorte, tem uma sala de coleta que funciona das 07:00 às 18:00 horas sem intervalo, de segunda a sexta-feira, onde auxiliares de enfermagem realizam o exame.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos Bairros

O Município foi dividido em dez setores. Os bairros Zona 01, 03, 07 e 08 são os mais populosos. Os setores Zona 01 e Zona 02 são os bairros mais ricos do município, onde residem famílias de classe média -alta e alta. Na Zona 01 está o centro comercial da cidade, bancos, prédios residenciais e comerciais. A Zona 02 é um bairro basicamente residencial. A Zona 03, Zona 04 e Zona 06 são bairros de classe média baixa. A Zona 03 também é conhecida como Vila Operária por ser a característica principal dos moradores do bairro. Nestes bairros há várias creches e escolas, onde as crianças ficam para que seus pais possam trabalhar. A Zona 07 é um bairro pobre, formado por vários conjuntos habitacionais. A Zona 08 é um dos bairros mais novos, basicamente residencial, é conhecido como 06 conjuntos porque seu início foi com a abertura de seis conjuntos habitacionais, em um projeto de ampliação da cidade. Hoje tem 2.226 residências e está dividido em 23 conjuntos. Os Conjuntos Novos são bairros loteados por construtoras e que estão começando a ser habitados há pouco tempo (menos de 3 anos) e, ainda, apresentam muitos terrenos desocupados. Vidigal e São Lourenço são dois distritos do município com menos de 400 residências cada um e considerados bairros pobres. A característica principal de São Lourenço é a presença de uma grande empresa de farinha de mandioca e derivados. A maioria dos habitantes do distrito trabalha nessa empresa, ou têm um familiar que trabalha nela, ou ainda trabalham na zona rural plantando mandioca que vendem para a farinheira. Vidigal é o distrito mais pobre e basicamente rural.

Figura 07. Percentagem de mulheres entrevistadas em cada bairro. Cianorte, Pr, 2007



5.2 Caracterização da amostra

Tabela 1. Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo faixa etária. Cianorte, Pr, 2007

Idade	n	%
20 ---25	45	10,5
25 ---30	60	14,1
30 ---35	44	10,3
35 ---40	60	14,1
40 ---45	66	15,5
45 ---50	53	12,4
50 ---55	63	14,7
55 ---60	36	8,4
Total	427	100

Percebe-se pela Tabela 1 que a maior proporção de mulheres entrevistadas encontra-se na faixa etária de 40 a 45 anos, seguida da faixa etária de 50 a 55 anos. A média da variável idade é de aproximadamente 40 anos, assim como a mediana; no entanto, a “moda” da idade das pacientes, ou seja, o valor que mais aparece é de 50 anos de idade. A idade mínima encontrada foi de 20 anos e a máxima de 59. A amostra apresenta pouca variabilidade, o que é consideravelmente bom para este trabalho.

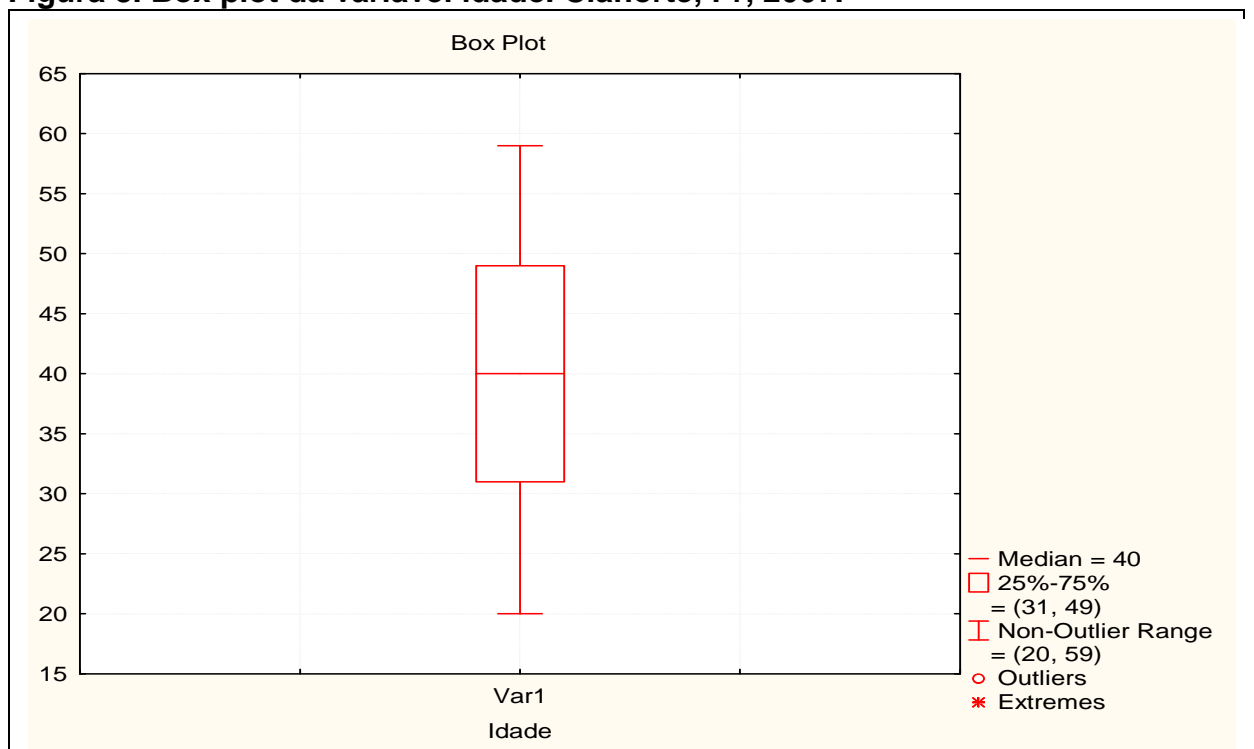
Por ser uma pesquisa realizada em faixa etária considerada de rastreamento pelo Programa de Prevenção do Ministério da Saúde, muitos trabalhos seguem o mesmo método, assim, os dados encontrados como nos mostram

Hachenhaar, César e Domingues (2006), em sua pesquisa que teve por foco a realização e os fatores associados à não realização do exame citopatológico, a faixa etária mais encontrada foi de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária 50 a 59 anos, o que mostra dados parecidos com este estudo, em que a segunda faixa etária mais encontrada foi de 50 anos.

César *et al* (2003), em pesquisa no sul do Brasil, identificaram os fatores associados à não-realização do exame preventivo de colo uterino. Verificaram que 24% das mulheres entrevistadas estavam na faixa etária de 40 a 49 anos. A faixa etária mais encontrada por este autor está de acordo com os dados encontrados em nossa pesquisa, mesmo tendo sua amostra abrangido a idade de 15 a 49 anos apenas.

Ao compararmos esta pesquisa com as outras encontradas, podemos notar que a faixa etária predominante é semelhante, mas não igual. O Município de Cianorte apresenta uma característica importante: por ser um pólo confeccionista, as mulheres mais jovens, em sua grande maioria, trabalham na fabricação ou venda do vestuário em horário comercial.

Figura 8. Box plot da variável idade. Cianorte, Pr, 2007.



O Box plot é importante para analisarmos a idade média das mulheres estudadas. Ele nos mostra que a amostragem acima apresenta uma população bem distribuída, simétrica, com quartis aproximadamente do mesmo tamanho, sem a presença de fato não esperado (outliers) nem pontos extremos, onde a mediana ou segundo quartil encontra-se aos 40 anos de idade (idade média).

O fato de não ocorrer fato não esperado dá-se devido à amostra não permitir a entrevista de mulheres com idade inferior a 20 anos e/ou com 60 e mais.

Tabela 2. Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo situação conjugal. Cianorte, Pr, 2007

Situação conjugal	N	%
Amasiada	30	7
Casada	290	67,9
Divorciada	31	7,2
Separada	13	3,1
Solteira	43	10,1
Viúva	20	4,7
Total	427	100

Com relação à situação conjugal a tabela acima mostra que a maioria (67,9%) das mulheres são casadas, 10,1% solteiras, 7% amasiadas, 4,7% viúvas e 3,1% separadas.

Tabela 3. Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo grau de escolaridade. Cianorte, Pr, 2007.

Escolaridade	N	%
Não alfabetizada	6	1,4
Ensino fundamental completo	61	14,3
Ensino fundamental incompleto	175	41
Ensino médio completo	92	21,5
Ensino médio incompleto	28	6,6
Graduação completa	45	10,5
Graduação incompleta	20	4,7
Total	427	100

Observa-se que 1,4% das entrevistadas não são alfabetizadas, 41%

possuem ensino fundamental incompleto, 14,3% possuem ensino fundamental completo, 21,5% das possuem ensino médio completo e 6,6%. A maior parte, 41%, apresentam baixa escolaridade, o que revela um achado importante, visto que na bibliografia encontrada quanto mais baixa a escolaridade, maior é a chance de a mulher não realizar o exame preventivo para o câncer de colo uterino (HACKENHAAR *et al*, 2006; MARTINS *et al*, 2005; MOTTA *et al*, 2001; MURTA *et al*, 1999).

Brenna *et al* (2001), ao estudarem o conhecimento, atitude e prática quanto ao exame de preventivo do câncer de colo de útero em mulheres com esta doença (câncer de colo uterino), encontraram dados que mostravam que as que tinham maior escolaridade apresentavam maior conhecimento em relação ao exame de Papanicolaou.

Tabela 4. Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo idade da menarca, Cianorte, Pr, 2007.

Idade	n	%
8 --12	78	18,3
12 --16	313	73,3
16 ou mais	22	5,1
não informou	14	3,3
Total	427	100

Percebemos, na tabela quatro, que 73,3% das mulheres menstruaram na faixa etária entre 12 e 16 anos. Calculando a média, a mediana e a moda encontram-se aproximadamente o mesmo valor, de 13 anos de idade. A idade mínima encontrada foi de 08 anos e a máxima de 17. A variabilidade dos dados encontrados neste caso foi consideravelmente baixa.

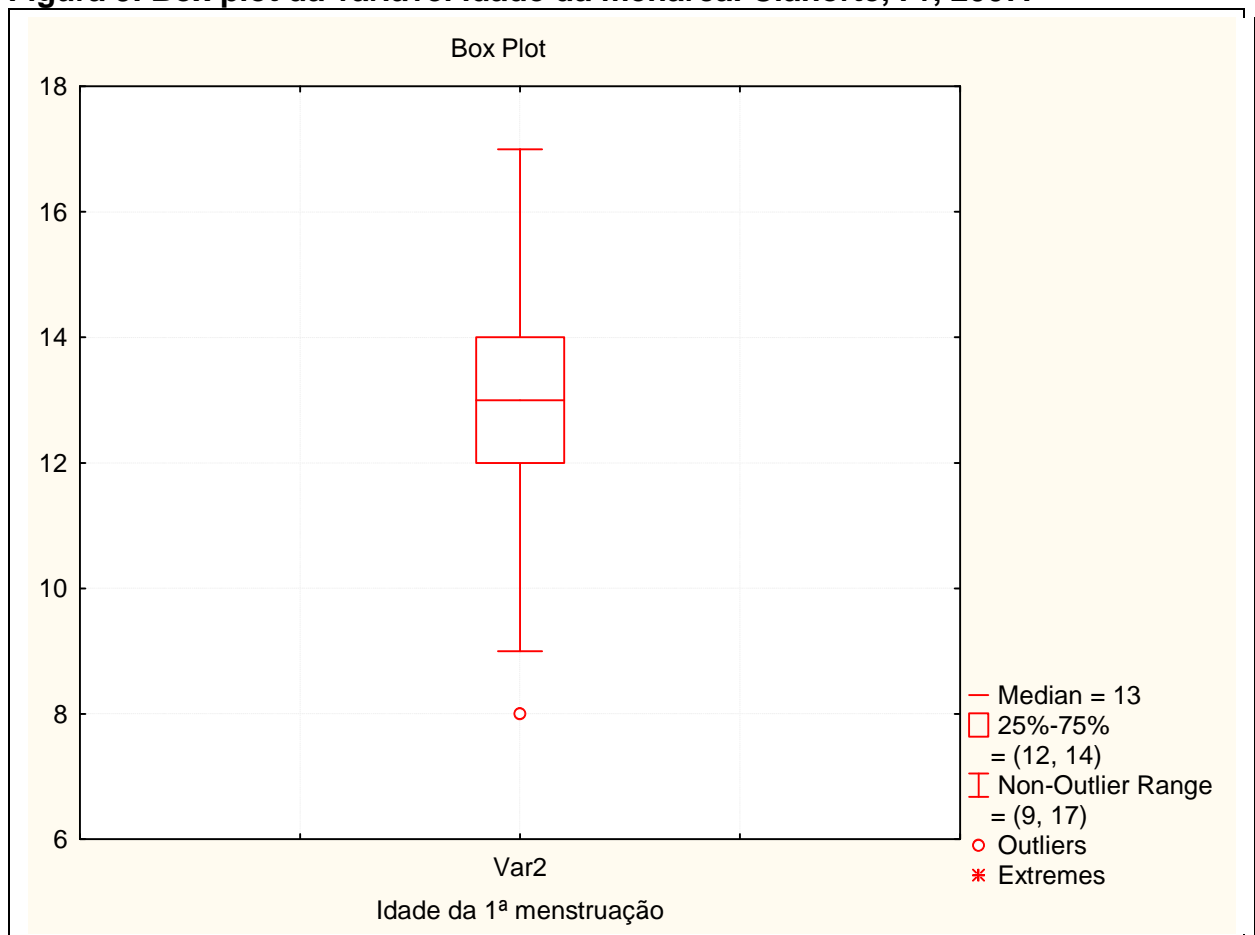
A idade referida da primeira menstruação nas mulheres entrevistadas em Cianorte segue um padrão igual a do país, de acordo com a bibliografia encontrada em trabalhos realizados em várias cidades do Brasil. Petroski, Velho e De Bem (1999), em pesquisa no Município de Florianópolis, caracterizam a maturação sexual através da idade de menarca e a satisfação com a massa corporal. Observaram que a menarca, em média, ocorria aos 12 anos de idade com uma oscilação de 6,5 anos, o que corresponde a 18 anos e meio. Estas informações corroboram com a pesquisa realizada em Cianorte onde a idade média

foi de 13 anos e uma das entrevistadas apresentou a menarca aos 17 anos.

Os dados encontrados por Leal *et al* (2003), quando estudaram as lesões precursoras do câncer de colo uterino também estão de acordo com os achados neste estudo. Em sua pesquisa, a faixa etária mais encontrada para a menarca foi de 13 -15 anos.

A pesquisa realizada em Cianorte e as bibliografias encontradas mostram que a idade média da menarca apresenta variações, mas se detém na faixa-etária de 12 e 13 anos.

Figura 9. Box plot da variável idade da menarca. Cianorte, Pr, 2007.



Novamente encontra-se uma população simétrica, com parte (quartis) de aproximadamente o mesmo tamanho, e um caso não esperado (outlier) de 08 anos de idade.

Este dado nos mostra que as mulheres entrevistadas tiveram a

primeira menstruação, em média, aos 13 anos de idade. A faixa etária da primeira menstruação variou de 09 a 17 anos. Apenas uma apresentou uma idade não esperada, 08 anos o que estatisticamente é considerado um fato não esperado .

Tabela 5. Distribuição do número e porcentagem das mulheres, segundo Idade da primeira relação sexual. Cianorte, Pr, 2007.

Idade	n	%
12 ---16	49	11,5
16 ---20	223	52,2
20 ---24	103	24,2
24 ou mais	42	9,8
não informou	10	2,3
Total	427	100

A tabela cinco mostra que a maior parcela das mulheres entrevistadas teve a primeira relação sexual na faixa etária entre 16 e 20 anos. Quando calculamos a média da variável idade, o resultado é 19,03 anos, enquanto a mediana e a moda encontram-se centradas em 18 anos; neste caso tem-se uma maior variabilidade dos dados. A idade mínima encontrada foi de 12 anos e a máxima foi de 36. As mulheres que moram em Cianorte estão iniciando sua vida sexual antes dos 20 anos de idade.

Analisando os dados encontrados nesta pesquisa e comparando-os com a bibliografia encontrada podemos dizer que as mulheres estão iniciando a vida sexual antes dos 20 anos de idade como comprovam as pesquisas realizadas por César *et al* (2003) que estudaram os fatores da não realização do preventivo no Rio Grande, encontraram resultados que mostram que 70% das mulheres tinham tido relações sexuais antes dos 20 anos.

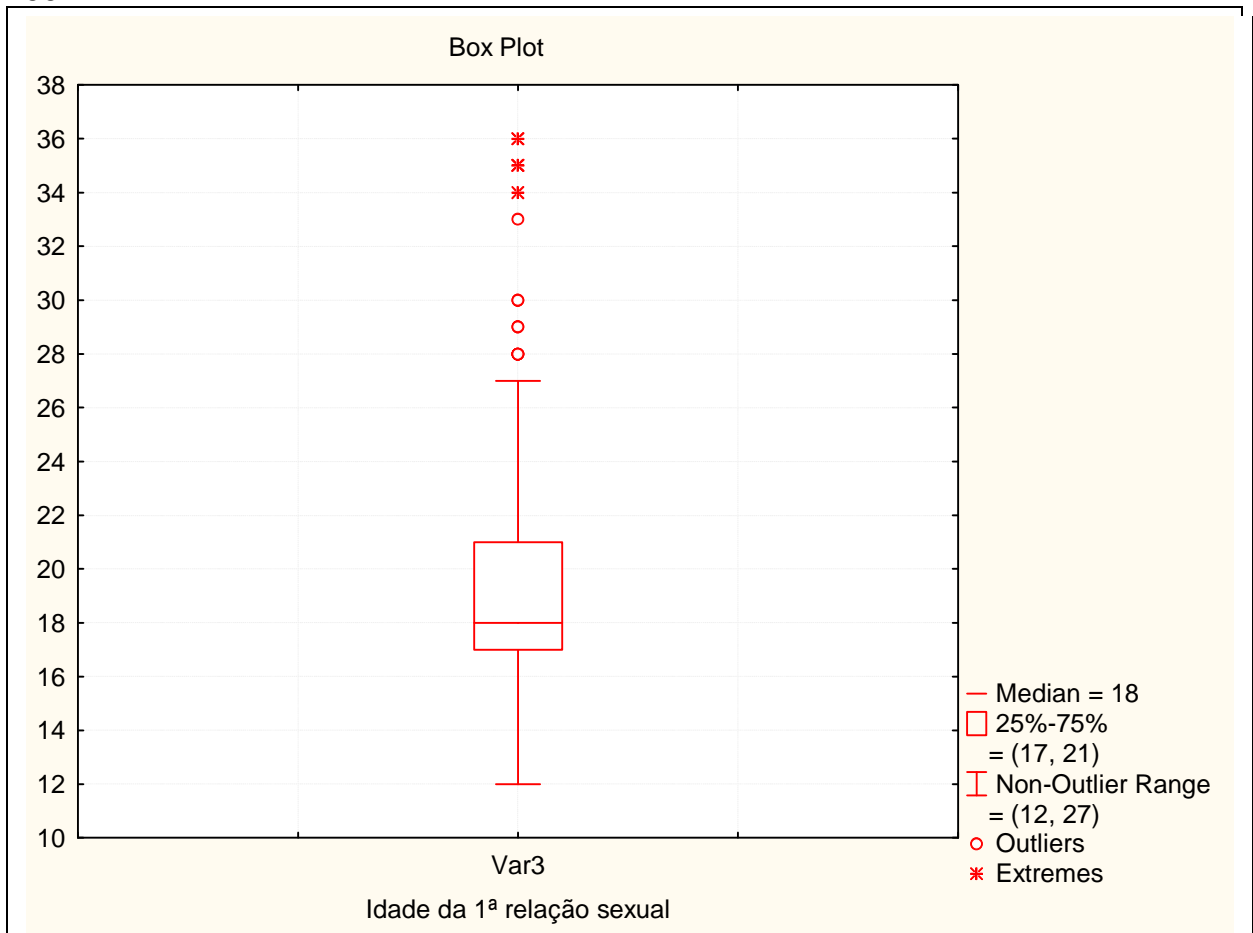
O início da vida sexual precoce, menores de 20 anos (BRASIL, 2000; WEREBE, 1998; AQUINO, 1997), sugere que as mulheres têm vários parceiros durante a vida, aumentando assim o risco de contrair o HPV e desenvolver o câncer de colo uterino como mostra a pesquisa realizada por Silva *et al* (2006), quando estudaram a cobertura e fatores associados à não realização do exame Papanicolaou no município de Londrina. Concluíram em seu estudo que as mulheres que tiveram a primeira relação sexual na faixa etária entre 16 e 18 anos apresentam menor risco de desenvolver Neoplasias em comparação com as que

iniciaram a atividade sexual na faixa etária entre 10 e 16 anos, devido a estarem mais tempo em risco de contrair o HPV.

Murta *et al* (1999) analisaram a paridade, o início da vida sexual e sua relação com o câncer de colo uterino. Descobriram que 59,2% das mulheres com câncer de colo de útero estudadas iniciaram a vida sexual antes de completar 18 anos de idade.

Simão *et al* (2006), em pesquisa realizada em Belo Horizonte, compararam as idades da primeira relação sexual, à primeira união e ao nascimento do primeiro filho, concluíram que as mulheres mais jovens iniciam a vida sexual por volta dos 18 anos e as mais velhas por volta dos 21 anos. Consideraram que esta alteração ocorre devido às mudanças socioculturais em nosso país nas últimas décadas.

Figura 10. Box plot da variável idade da primeira relação sexual. Cianorte, Pr, 2007.

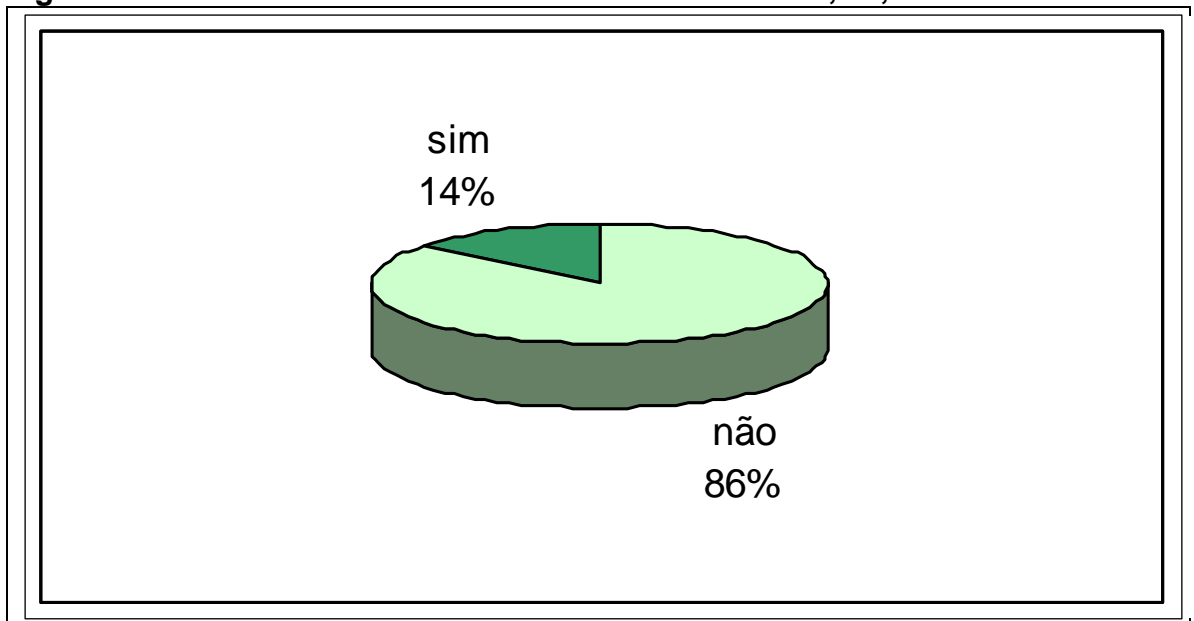


Neste caso encontra-se uma população assimétrica à direita, em que a mediana localiza-se em 18 anos de idade. Observa-se também a presença de 4 outliers e 3 pontos extremos.

A idade da maioria das mulheres para a primeira relação sexual é de 18 anos. Na amostra da pesquisa encontramos 04 mulheres cujas idades foram muito diferentes da média, 28, 29, 30 e 33 anos. Estes casos chamaram a nossa atenção devido ao fato de serem pessoas muito recatadas e com muita vergonha de abordar o assunto da pesquisa.

5.3 Risco para câncer colo uterino / antecedentes familiares de câncer:

Figura 11. Percentual de mulheres fumantes. Cianorte, Pr, 2007



Observamos pela figura acima que 367 (86%) das mulheres entrevistadas em Cianorte são não fumantes e apenas 60 (14%) são fumantes.

O tabagismo pode levar a mulher para a situação de imunossupressão, elevando o risco para desenvolvimento do câncer, e, conseqüentemente, o aumento do risco de morte prematura e limitações físicas por doenças dos sistemas circulatório, cardíaco e respiratório (BRASIL, 2006; BRASIL, 2002).

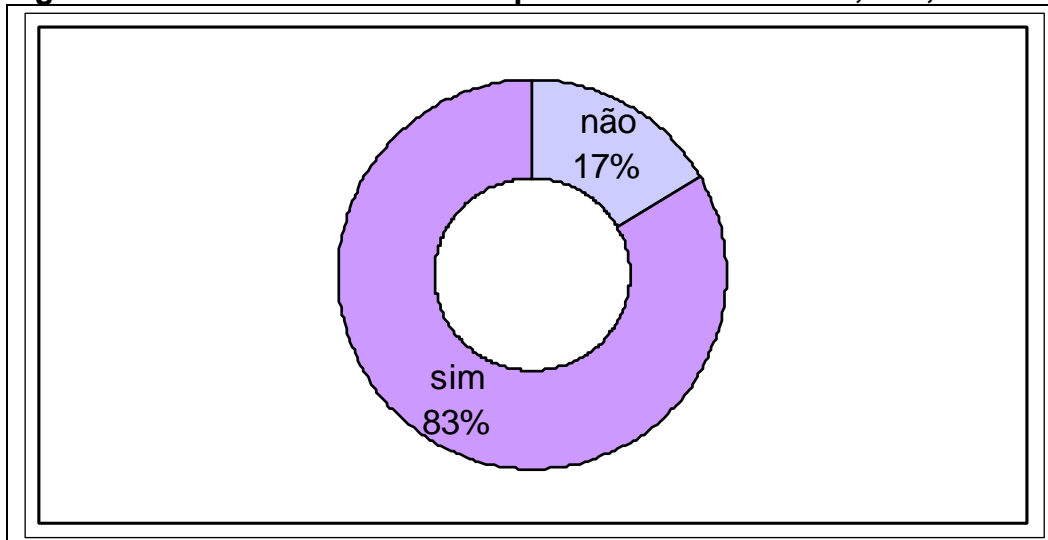
Por ser o tabagismo considerado fator de risco para o câncer de

colo uterino, autores de pesquisas relacionadas ao câncer de colo uterino apresentam a informação do número de fumantes. Brinton (1986, apud Aleixo Neto, 1991) mostra que o risco de desenvolver o câncer de colo uterino em mulheres que fumam é de 1,5%. Essa proporção pode variar para mais ou para menos conforme o número de cigarros fumados/dia.

Os dados apresentados por Amorim et al (2006) em seu estudo sobre os fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou no município de Campinas mostram que, mesmo sendo um risco para a saúde da mulher, 14% das entrevistadas em sua pesquisa eram fumantes, o que confere com os dados encontrados em Cianorte.

Leal et al (2003) verificaram que 9,1% das mulheres entrevistadas em sua pesquisa utilizavam o tabaco e, avaliando estatisticamente este dado, citam o mesmo como significativamente associado à presença de lesões do colo uterino.

Figura 12. Percentual da variável parceiro fixo. Cianorte, PR., 2007



Na figura 12 observamos alto número de mulheres com parceiro fixo: 354 (83%). Somente 73 mulheres (17%) alegaram não ter parceiro fixo.

Tabela 6. Número de parceiros nos últimos 12 meses das mulheres de Cianorte, Pr, 2007.

Parceiro no último ano	n	%
Nenhum	44	10,3
Um	369	86,4
Dois	6	1,4
Três	3	0,7
Quatro ou mais	2	0,5
Não respondeu	3	0,7
Total	427	100

Os dados apresentados na tabela 6 e a figura 12 mostram que a grande maioria das mulheres alega ter tido apenas um parceiro nos últimos 12 meses (86,4%), 10,3% das mulheres alegam não ter tido nenhum parceiro nos últimos 12 meses e menos de 2% das mulheres alegam ter tido mais de dois parceiros nos últimos 12 meses, um número relativamente pequeno. Leal *et al* (2003) relataram que o risco de contrair o HPV é menor em mulheres que apresentam parceiro fixo ou número reduzido de parceiros e esse fato diminui também o risco de câncer de colo uterino, tendo em vista a constatação de que as mulheres que tiveram um único parceiro apresentaram frequência inferior de lesões quando comparadas com as que tiveram dois ou mais. Esta informação é confirmada também por Silva *et al* (2006) ao estudarem a cobertura e os fatores associados à não realização do Papanicolaou em Londrina -Pr, onde verificaram que o número de parceiros foi maior (de 2 a 3) no grupo das que apresentavam casos confirmados de câncer.

Tabela 7. Métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres. Cianorte, Pr, 2007.

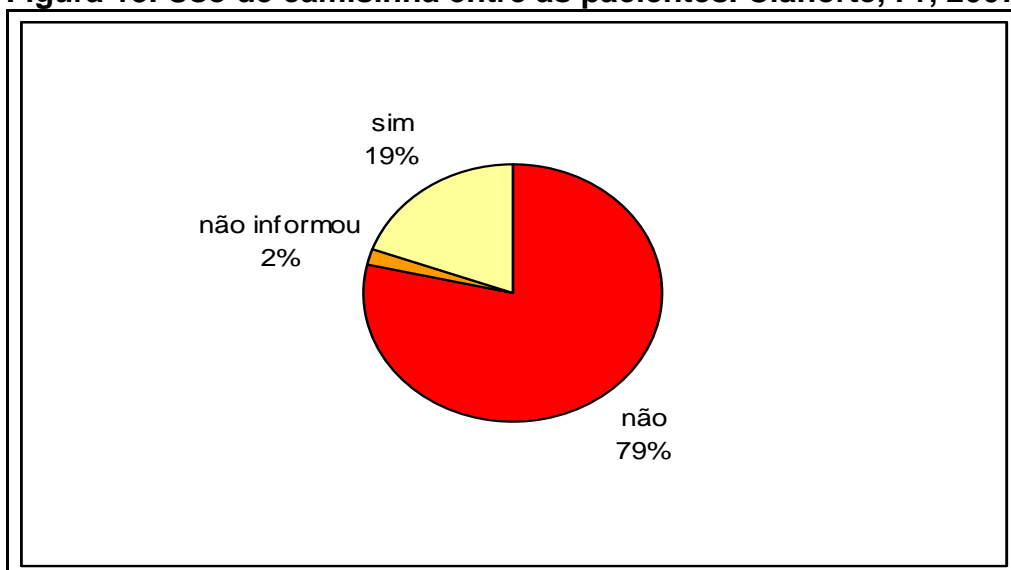
Método contraceptivo	n	%
Nenhum	242	56,7
Camisinha	27	6,4
Camisinha e pílula	3	0,7
Camisinha e tabelinha	1	0,2
Coito interrompido	1	0,2
Dispositivo Intra Uterino (DIU)	1	0,2
Dispositivo Intra Uterino (DIU) e camisinha	1	0,2
Contraceptivo hormonal injetável (Injeção)	10	2,4
Laqueadura tubária	50	11,7
Contraceptivo hormonal oral (Pílula)	90	21,1
Tabelinha	1	0,2
Total	427	100

Mais da metade (56,7%) das entrevistadas não utiliza nenhum tipo de método contraceptivo. Aproximadamente 6,4% das pacientes fazem uso de camisinha, 21,1% utilizam anticoncepcional hormonal e 11,7% são laqueadas. Uma (0,23%) delas, disse realizar o coito interrompido, outra diz utilizar o método da tabelinha e 10 (2,4%) delas fazem o uso de contraceptivo hormonal injetável.

Os dados encontrados na pesquisa realizada em Cianorte são inferiores aos encontrados por César *et al* (2003) em pesquisa semelhante, onde relatam que 69% das mulheres utilizaram anticoncepcional oral e 19% eram laqueadas.

Em nosso estudo, podemos observar que, entre as mulheres que adotam algum método contraceptivo, a maior parte delas utiliza a pílula.

Segundo Souza *et al* (2006), o método anticoncepcional mais utilizado na rede pública de saúde de Maringá - Pr é a pílula, onde 50,3% de suas entrevistadas referiram este método, seguidos da laqueadura (32%) e do preservativo (28,1%). A diferença constatada entre os dados encontrados por Souza *et al*(2006) e os resultados obtidos no município de Cianorte é que a utilização do preservativo é mais baixo entre as cianortenses, o que traz maior risco de contágio do HIV. De acordo com Praça e Gualda (2003) que, ao estudarem o risco do HIV em mulheres de uma favela, relataram que as mulheres confiavam em seus companheiros e acreditavam que seriam avisadas por eles sobre algum risco como, por exemplo, uma relação sexual extraconjugal desprotegida. Estas mulheres respeitavam e acreditavam no comportamento responsável de seus companheiros. As mulheres de Cianorte também acreditam em seus parceiros, quando afirmam que não utilizam o preservativo porque são casadas e, por esse motivo, não acham necessário. As campanhas e orientações direcionadas à população em massa são importantes e necessárias no município. Alves *et al* (2002) analisaram fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres no município de Maringá e constataram a necessidade de a mulher conhecer as formas de contágio e as conseqüências da AIDS. Relatam ainda, as dificuldades de a mulher se posicionar em relação a sua vida sexual e o julgamento dos conceitos de moral na sociedade local, o que faz com que estas mulheres não acreditem nos riscos de contágio devida sua honestidade, cuidado e fidelidade. Essas circunstâncias correspondem à realidade semelhante verificada em Cianorte e registrada na figura 12.

Figura 13. Uso de camisinha entre as pacientes. Cianorte, Pr, 2007

A figura 13 mostra que 79% das mulheres não fazem uso da camisinha para prevenção de DST, 19% delas alegam fazer o uso de camisinha e 2% não informaram.

Este dado chama a nossa atenção devido ao grande risco de contrair DST, como o HPV que está presente em mais de 99% dos casos de câncer de colo do útero (BRASIL, 2006; BRASIL, 2002; FRANCO, DUARTE-FRANCO, e FERENCZY, 2001).

As mulheres entrevistadas alegavam não utilizar a camisinha por serem casadas e, sendo assim, não necessitar desta prevenção, o que é um grave erro, visto que o índice de mulheres casadas que contraem DST/HIV vem aumentando em nosso país. Dados do Ministério da Saúde, Programa DST- AIDS (2007) mostram que a incidência da AIDS entre as mulheres no Brasil, nos anos de 1996 a 2005, passou de 6,0 para 17,3.

Além do risco de DST, a prática sexual sem preservativo traz outros riscos para a saúde da mulher como relata Silva (2006) apud Danaei *et al* (2005) mostra que a prática sexual sem preservativo é responsável por 100% das mortes por câncer de colo uterino no mundo todo, visto que todas as mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de colo uterino apresentavam também o vírus do HPV que é transmitido sexualmente (BRASIL, 2006; BOUNDY, 2004).

Tabela 8. Uso de camisinha e parceiro fixo. Cianorte, Pr, 2007.

Parceiro fixo	Camisinha		Total
	não	sim	
Não	45 (10,7%)	20 (4,8%)	65 (15,5%)
Sim	291 (69,4%)	63 (15,03%)	354 (84,5%)
Total	336 (80,2%)	83 (19,80%)	419 (100%)

P=0.0159*

*****Observação:** do total da amostra (427 mulheres), 8 foram excluídas da tabela devido a não ter prestado as informações solicitadas.

Notamos que das 354 (84,5%) mulheres que têm parceiro fixo, 291, 69,4%, não fazem o uso de camisinha, das 65 (15,5%) mulheres que não têm parceiro fixo 45 (10,7%) não fazem o uso de camisinha. Testando estas variáveis obteve-se diferença significativa, ou seja, usar camisinha sofre influência de ter ou não parceiro fixo. Oito (8) mulheres não informaram.

Mesmo apresentando diferença entre as mulheres com parceiros fixos ou não, o dado encontrado é um importante achado porque indica ser necessário realizar um trabalho intenso de conscientização. O índice de contaminação das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV está aumentando nas mulheres a cada ano (VERMELHO, SILVA, COSTA, 1999). Associadas as informações colhidas em Cianorte com as do trabalho com adolescentes acima citados, podemos inferir que o preservativo é pouco utilizado e há falta de conscientização quanto à necessidade de seu uso.

Tabela 9. Uso de camisinha e situação conjugal. Cianorte, Pr, 2007.

Situação Conjugal	Camisinha		Total
	não	sim	
Amasiada	25 (5,9%)	5 (1,2%)	30 (7%)
Casada	246 (57,6%)	42 (9,8%)	290 (67,9%)
Divorciada	20 (4,7%)	8 (1,9%)	31 (7,3%)
Separada	8 (1,9%)	5 (1,2%)	13 (3,1%)
Solteira	21 (4,9%)	22 (5,1%)	43 (10,%)
Viúva	16 (3,7%)	1(0,2%)	20 (4,7%)
Total	336 (78,7%)	83 (19,4%)	427 (100%)

P<0.0001*

Das mulheres que não usam camisinha, 25 (5,9%) são amasiadas, 246 são casadas, 20 (4,7%) são divorciadas, 08 são separadas, 21 são solteiras, 16 são viúvas e, tratando das que usam camisinha, 05 são amasiadas, 42 casadas, 08 (1,9%) divorciadas, 05 (1,2%) separadas, 22 (5,1%) solteiras e apenas uma viúva.

Como era de se esperar, o cruzamento de informações entre situação conjugal e uso da camisinha foi significativo, ou seja, os dados demonstram que o uso da camisinha ocorre em pequena parcela das mulheres entrevistadas.

Um dado que chamou a atenção foi o fato de que muitas mulheres, além de não utilizar o preservativo como preventivo de DST, mostravam-se contrárias a isto, apenas por estarem com companheiro fixo.

Penã e Figueiredo (2000) estudaram a concepção de emergência e preservativos. A aceitação da mulher para prevenir a DST/HIV e AIDS no município de São Paulo, na favela Monte Azul mostraram que é necessário a divulgação sobre a camisinha. Hoje o uso do condon tem tripla proteção, além de método contraceptivo, ele ainda previne as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o contágio pelo HPV.

Encontramos uma mulher que ficou brava, como se estivéssemos desrespeitando-a ao perguntar se utilizava o preservativo.

A associação entre casamento e ter um parceiro fixo para algumas mulheres significam imunidade a certas doenças. Os dados atuais de aumento de infecção pelo HIV em união estável contradizem o pensamento das mulheres. Este fato mostra, ainda, a falta de orientação destas mulheres quanto à prevenção.

Tabela 10. Método anticoncepcional e número de partos. Cianorte, Pr, 2007

Nº partos	Método anticoncepcional		Total
	não	sim	
Nenhum	28 (6,5%)	26 (6,1%)	54 (12,6%)
Um	32 (7,5%)	53 (12,4%)	85 (20%)
Dois	92 (21,5%)	38 (8,9%)	130 (30,4%)
Três	92 (21,5%)	15 (3,5%)	107 (25,1%)
Quatro ou mais	48 (11,3%)	3 (0,7%)	51 (11,9%)
Total	292 (68,4%)	135 (31,6%)	427 (100%)

P<0.0001*

Através do teste qui-quadrado podemos dizer que o uso de métodos

anticoncepcionais exerce influência sobre o número de partos realizados, ou seja, quem não faz uso de métodos anticoncepcionais tende a ter mais filhos. Percebemos mais facilmente essa diferença nas mulheres que tem quatro filhos ou mais, como demonstra a tabela 10.

Tabela 11. Frequência do número de partos por mulher. Cianorte, Pr, 2007

Nº de partos	n	%
Nenhum	54	12,6
Um	85	19,9
Dois	130	30,4
Três	107	25,1
Quatro	32	7,5
Mais de quatro	19	4,5
Total	427	100

Percebe-se que mais da metade das mulheres tiveram de dois a três partos (55,5%), enquanto que 12,6% não tiveram nenhum parto, 19,9% apenas um parto, 7,5% quatro partos e apenas 4,5% das mulheres tiveram mais de quatro partos.

Ao estudarem a relação do câncer de colo uterino com a paridade e início da atividade sexual, Murta et al (1999) verificaram que a paridade pode estar relacionada com o risco do câncer cervical e que o número de partos vem diminuindo ao longo dos anos, mas a idade em que se inicia atividade sexual continua sendo a mesma.

Tabela 12. Frequência do tipo de parto realizado pelas entrevistadas. Cianorte, Pr, 2007.

Tipo de parto	n	%
Nenhum	54	12,6
Cesáreo	155	36,3
Normal e cesáreo	69	16,2
Normal	147	34,4
Não respondeu	2	0,5
Total	427	100

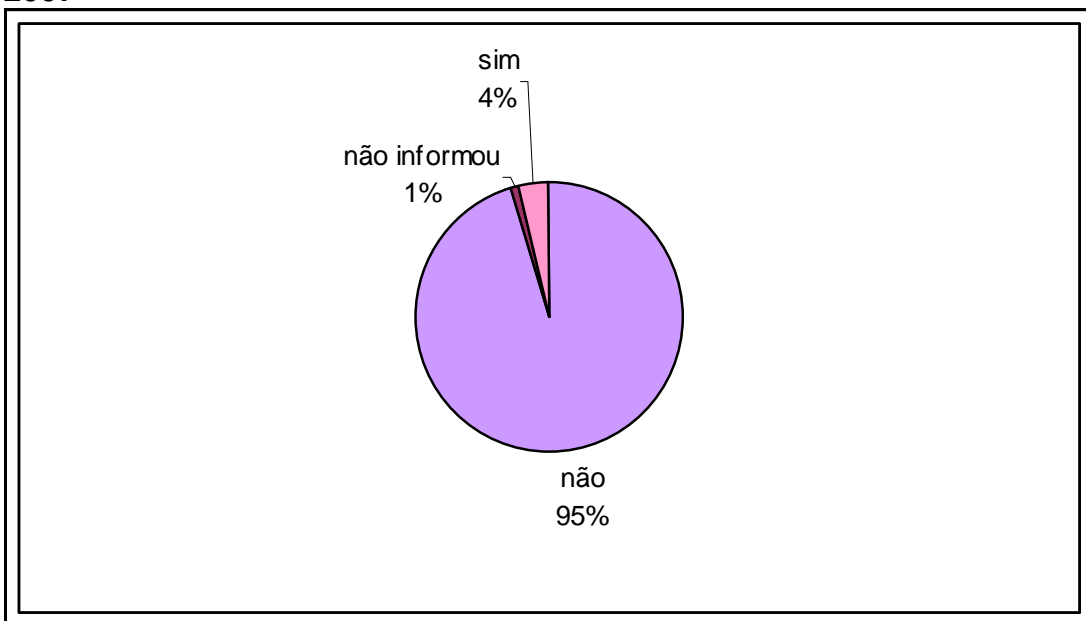
Verificamos que 36,30% das mulheres realizaram somente

cesáreas, 16,2% realizaram parto normal e cesárea e 34,4% realizaram somente partos normais.

As tabelas 10 e 11 mostram o histórico obstétrico das mulheres entrevistadas. Com relação ao número de partos, 30,4% das mulheres declararam ter tido dois partos e, destes, o número maior foi de partos normais (36,3%), seguido da cesárea (34,4%).

Yazlle *et al* (2001) estudaram os tipos de parto de acordo com a categoria de internação e perceberam que a relação entre o número de cesárea e partos normais está muito próxima, dados parecidos com os encontrados no município de Cianorte. O tipo de parto mais utilizado foi a cesárea (48,8%) e o parto normal veio em 2º lugar com 48,3%.

Figura 14. Presença de DST's nas mulheres nos últimos 10 anos. Cianorte, Pr, 2007



De todas as mulheres entrevistadas 406 (95%) disseram não ter tido nenhum tipo de DST nos últimos 10 anos, 21 (4%) disseram ter desenvolvido DST na última década e 1% não respondeu.

Tabela 13. Frequência de infecção e presença de DST nos últimos 10 anos. Cianorte, PR, 2007.

DST 10 anos	Infecção		Total
	não	sim	
Não	143 (34%)	261 (62,1%)	404 (96,2%)
Sim	3 (0,71%)	13 (3,1%)	16 (3,8%)
Total	148 (35,2%)	276 (65,7%)	420 (100%)

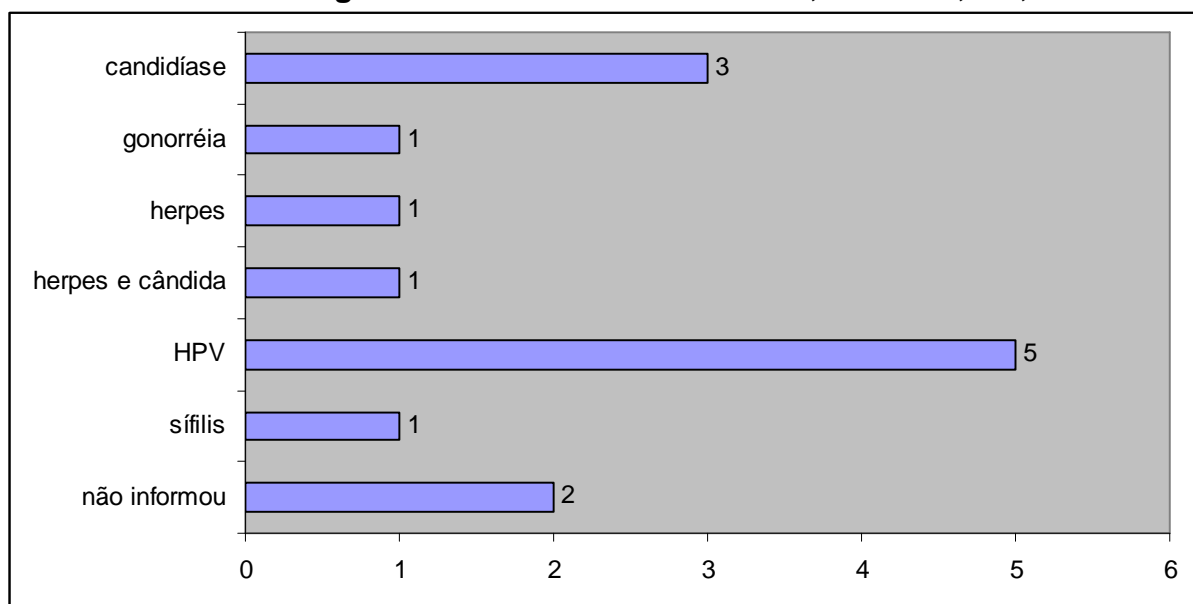
P=0.1703

*****Observação:** do total da amostra (427 mulheres), 7 foram excluídas da tabela devido a não terem prestado a informação.

Da amostra de entrevistadas: 143 (34%) mulheres não tiveram DST nem infecção nos últimos 10 anos; 261 (62,1%) delas não tiveram DST, contudo tiveram infecção; 03 (0,71%) tiveram DST e não tiveram infecção; 13 (3,1%) tiveram ambas as patologias.

O teste para estas duas variáveis não foi significativo, ou seja, não apresentou associação.

Figura 15. Frequência das doenças apresentadas por mulheres que declararam ter tido alguma DST nos últimos 10 anos, Cianorte, PR, 2007.



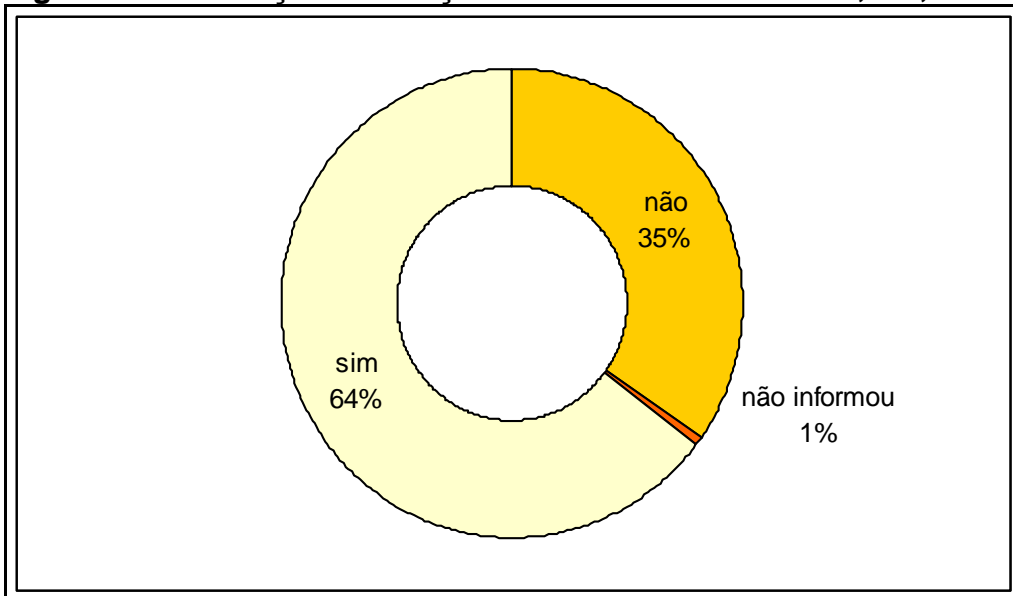
A Figura 15 demonstra que as principais doenças citadas pelas mulheres que disseram ter tido algum tipo de DST são o HPV com cinco casos e a

candidíase com três casos.

Segundo o Ministério da Saúde, as mulheres que apresentam DST, principalmente pelo vírus HPV, devem realizar o preventivo mais vezes que o estipulado pelo programa que é de 3 em 3 anos no caso de ter dois resultados anteriores negativos para o câncer devido ao risco de desenvolver esta doença. (BRASIL, 2006)

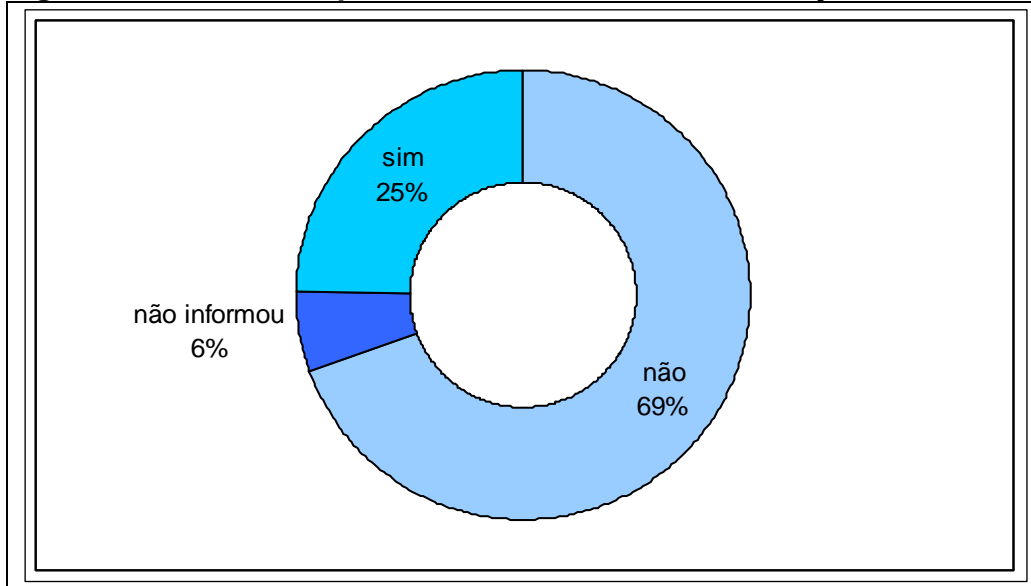
A candidíase é uma vulvovaginite comum nas mulheres, 75% delas pelo menos, apresentavam um episódio durante sua vida. É causada por um fungo, *Cândida SP*, que faz parte da flora vaginal e na mucosa do sistema digestório, fazendo parte da sua microbiota normal. A gravidez, a utilização de medicamentos como anticoncepcional oral ou antibióticos, o diabetes e qualquer alteração que faça a acidificação da vagina, propicia o crescimento da cândida e a infecção. Os sintomas principais são o corrimento tipo leite talhado, prurido, hiperemia, edema vulvar (PASSOS, 2005; BEREK J. S, 2005; PASSOS, 2004)

Figura 16. Presença de infecção nas mulheres. Cianorte, PR, 2007



Observa-se que 276 (64%) das mulheres relatam já ter tido algum tipo de infecção, 150 (35%) delas nunca tiveram nenhum tipo de infecção e 1% não informou. As infecções relatadas foram associadas aos sintomas: prurido, leucorréia e/ou a utilização de pomada. A cândida não foi referida como infecção e sim como

DST.

Figura 17. Pacientes que realizaram ou não cauterização. Cianorte, PR, 2007.

Nota-se que 295 (69%) das mulheres não realizaram cauterização, 107 (25%) realizaram e 25 (6%) não informaram.

Tabela 14. Cauterização e câncer na família. Cianorte, PR, 2007

Câncer na família	Cauterização		Total
	não	sim	
Não	158 (40%)	57 (14,4%)	215 (54,4%)
Sim	132 (33,4%)	48 (12,5%)	180 (45,6%)
Total	290 (73,4%)	105 (26,6%)	395 (100%)

P=0.9723

*****Observação:** do total da amostra (427 mulheres), 32 foram excluídas da tabela devido a não terem prestado a informação.

Das mulheres entrevistadas, 158 (40%) não tiveram câncer na

família nem realizaram cauterização, 57 (14,4%) não tiveram câncer na família, mas realizaram cauterização, 132 (33,4%) tiveram câncer na família e não realizaram cauterização; 48 (12,5%) tiveram câncer na família e realizaram cauterização e 32 não responderam ou não souberam informar.

Com o valor do $p=0.9723$, podemos observar que não houve significância e que não existe associação entre as variáveis: cauterização e câncer na família.

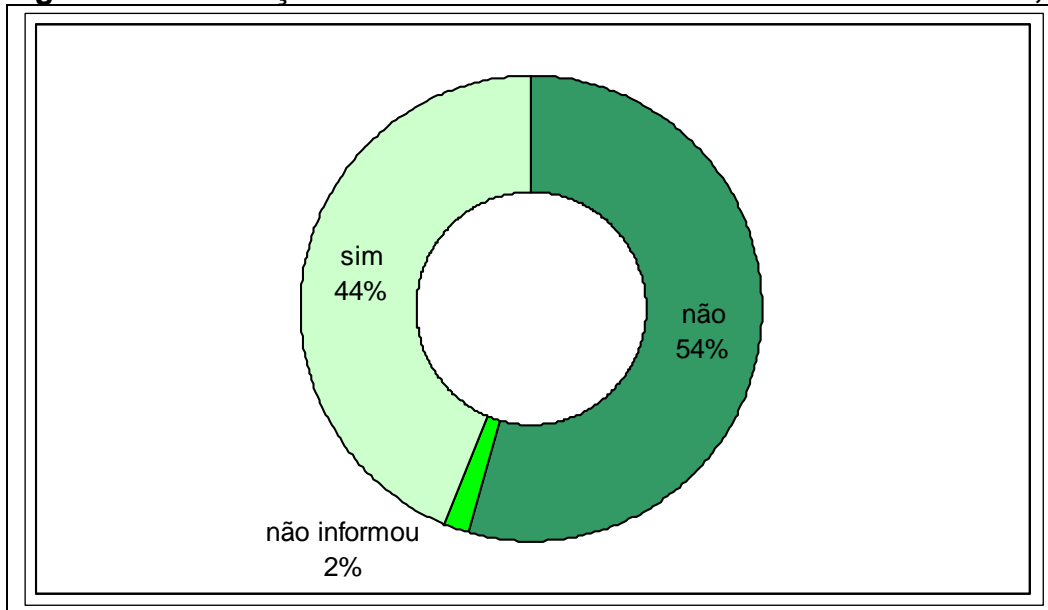
A cauterização pode ser realizada como tratamento de lesões que nem sempre são associadas ao câncer. Este tratamento em Cianorte é acessível, o que facilita a prevenção do câncer, visto que todas as mulheres que fizeram cauterização ou passaram por exame preventivo antes e devido às lesões foram encaminhadas ao ginecologista para tratamento ou, ao contrário, foram ao médico e, após diagnóstico, encaminhadas à coleta de preventivo (CIANORTE, 2006).

Com a utilização de um cautério, pode-se realizar a cauterização, que é a destruição dos tecidos (GUIMARÃES, 2002). Muitos postos de Saúde oferecem à população o atendimento de cauterização. Na Secretaria de Saúde de Cianorte, este procedimento é realizado mediante agendamento prévio.

A cauterização é indicada para tratamento de lesões e um bom exemplo são as verrugas ocasionadas pelo condiloma. Este é um procedimento que muitas vezes deve ser realizado com anestesia local (BRASIL, 2006).

Nesta pesquisa não foi encontrado relação entre a cauterização e o aparecimento do câncer. As mulheres que realizaram este procedimento apresentaram infecção em algum momento de sua vida. Esta infecção pode ser sexualmente transmissível (no caso de condiloma), o HPV que pode ser um fator de risco do aparecimento do câncer de colo uterino, já que, segundo o Ministério da Saúde (2002), as DST representam um risco maior de desenvolver o câncer.

Figura 18. Presença ou não de casos de câncer na família. Cianorte, Pr, 2007.



A Figura 18 mostra que 231 (54%) das mulheres alegam não ter tido casos de câncer na família, 188 (44%) alegam ter tido e 08 (2%) não informaram.

5.4 Realização do exame citopatológico do colo uterino:

Tabela 15. Frequência de mulheres que realizaram o exame preventivo. Cianorte, PR, 2007.

Preventivo	n	%
Não	34	8
Sim	393	92
Total	427	100

A tabela acima fornece uma boa estimativa, 393 mulheres (92%) já realizaram o exame preventivo alguma vez na vida e 34 (8%) nunca fizeram o exame. Em nossa pesquisa, os dados revelam um número maior do que os encontrados em pesquisas realizadas no Brasil. Esse achado pode ser explicado devido a muitos destes estudos terem verificado apenas se a mulher havia realizado o exame nos 3 anos anteriores.

Em Cianorte, o número de mulheres que haviam realizado o preventivo foi bem acima do esperado. Este dado confere com muitas das

bibliografias levantadas, em que o número de mulheres que realizaram o preventivo foi maior que o número de mulheres que não haviam realizado o exame. Como mostra Silva *et al* (2006), quando estudaram a cobertura e fatores associados à realização do preventivo do câncer de colo de útero, concluíram em seu estudo que 80,7% das entrevistadas já haviam realizado o preventivo com variação de 71 a 88% de acordo com o bairro estudado.

César *et al* (2003) estudando os fatores associados à não realização do exame citopatológico do colo uterino, mostram que 43% de suas entrevistadas haviam realizados o preventivo.

Amorin *et al* (2006) relatam em seu trabalho sobre os fatores associados à não realização do Papanicolaou em Campinas, que 8,5% das mulheres de 40 a 59 anos e 11,2% das mulheres com 60 anos ou mais nunca haviam realizado o exame.

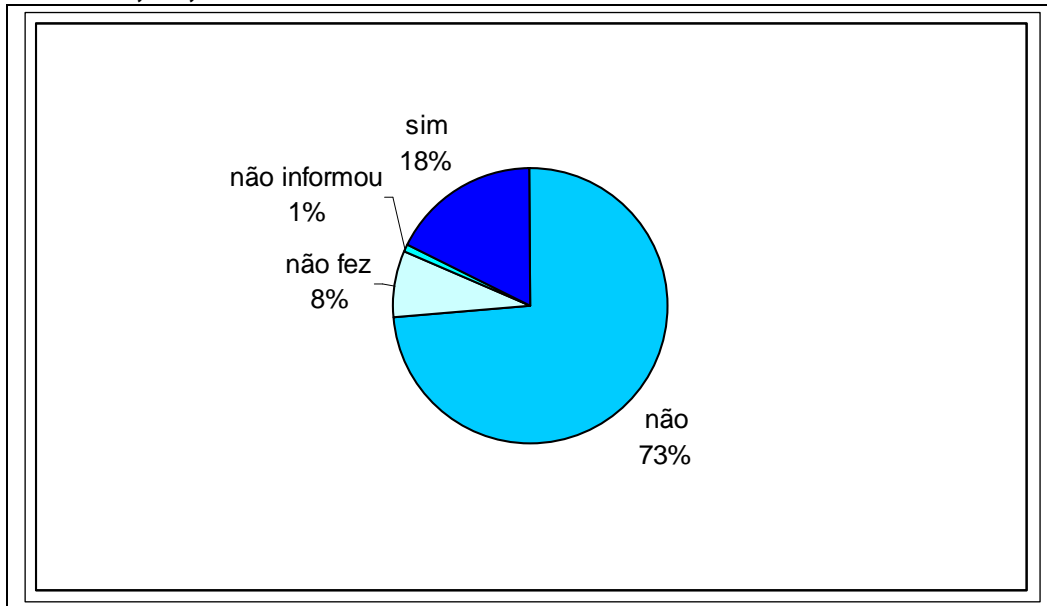
Hackenhaar, César e Domingues *et al* (2006) em seu estudo sobre a prevalência, foco e fatores associados à não realização do exame citopatológico de colo do útero, concluíram que 19% de suas entrevistadas não haviam realizado a coleta do preventivo.

Motta *et al* (2001) avaliando os resultados de colpocitologia em um ambulatório de ginecologia preventiva descobriram que 20,5% das mulheres não tinham coletado o preventivo. Guarisi *et al* (2004) em pesquisa que avalia a gravidade das lesões cervicais com biópsia de células do colo uterino, observam ao entrevistarem pacientes com diagnóstico de NIC constataram que 41% das mulheres não conheciam o exame, 59% conheciam, mas apresentaram atitudes desfavoráveis à realização do mesmo e 37% realizavam o preventivo inadequadamente.

Na pesquisa realizada por Pinho *et al* (2003) 86,1% mulheres já haviam realizado o exame de Papanicolaou.

Dias da Costa *et al* (1998), verificaram em seu estudo a cobertura do exame citopatológico em Pelotas e relataram que 65% das pacientes já haviam realizado o exame nos 3 anos anteriores ao estudo.

Figura 19. Frequência de mulheres que alegam sentir dor durante o preventivo. Cianorte, Pr, 2007.



Podemos observar na figura acima que 312 (73%) das mulheres não sentem dor durante a realização do preventivo, 77 (18%) delas sentem dor, 04 (1%) não informou e 34 (8%) nunca o realizaram. Estes dados estão diferentes daqueles encontrados por Hackenhaar, César e Domingues *et al* (2006) em seu estudo relacionado à não realização do preventivo, realizado no município de Pelotas, que mostra que 26,7% das entrevistadas informaram sentir dor durante a coleta do Papanicolaou.

Tabela 16. Frequência das mulheres que sentem ou não dificuldade durante o exame preventivo. Cianorte, Pr, 2007.

Dificuldade	n	%
Não	184	46,8
Não informou	09	2,3
Sim	200	50,9
Total	393	100

*****Observação:** do total da amostra (427 mulheres), 34 foram excluídas da tabela devido a nunca terem realizado o Papanicolaou.

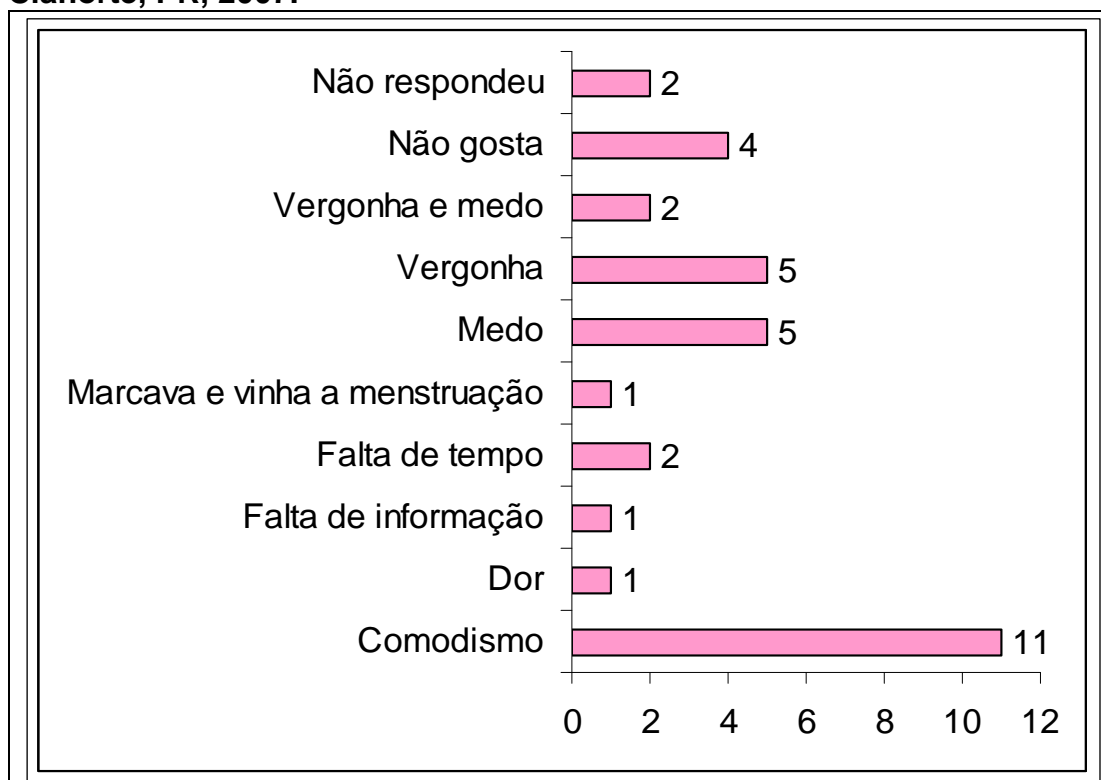
Nota-se que 46,81% delas não sentem nenhuma dificuldade, Das 200 (50%) que disseram sentir dificuldade, 03 disseram que, devido às dificuldades encontradas, nunca realizaram o exame e 09 (2,3%) delas não informaram se tinham dificuldades ou não.

Dentre as dificuldades as mulheres relataram dor e vergonha como os problemas principais. Outros relatos citam dificuldade de horário e de agendamento. As mulheres não estão informadas para que serve o preventivo, ainda acham que é para diagnóstico de infecções e portanto como não apresentam sintomas seria motivo para não realizá-lo anualmente como uma rotina.

A dificuldade em agendar e a imposição de dia específico para a coleta levam muitas mulheres que tem medo ou trabalham fora a desistirem da coleta.

Os dados encontrados por Brenna *et al* (2001) são idênticos ao encontrados em Cianorte. Colocam como dificuldade a vergonha, a falta de tempo, desmotivação e dificuldades financeiras. Outras relataram simplesmente que não sentiam necessidade do preventivo.

Figura 20. Motivos apresentados para não realizar o exame preventivo. Cianorte, PR, 2007.



A Figura 20 mostra os motivos apresentados pelas entrevistadas para não realizarem o exame preventivo. Das 34 mulheres que não realizaram o preventivo o motivo mais apresentado foi o comodismo (31,4%), seguido de vergonha e medo (14,2%). Os dados de Cianorte são corroborados com os encontrados por Silva *et al* (2006) que relatam que os maiores motivos para a não realização do exame de preventivo foi a vergonha (24,2%), seguido de desinformação (19,2%), desinteresse/medo (13,1%). Muitas mulheres que relataram o comodismo como motivo para a não realização do preventivo são trabalhadoras de facções ou das fábricas e lojas de vestuário. Elas alegam que devido à vida corrida e ao fato de não apresentarem sintomas de problemas ginecológicos deixam de procurar o exame.

Segundo Brenna *et al* (2001) as mulheres não realizam o exame preventivo regularmente devido à desmotivação e vergonha.

Dias da Costa *et al* (1998) relatam que o maior motivo da não realização de preventivo em Pelotas foi o fator socioeconômico, quanto menor a renda maior era o número de mulheres que não realizavam o preventivo.

Pinho *et al* (2003) descobriram que 45,3% de suas entrevistadas não realizavam o exame por não achar necessário e 35,5% por sentir medo e vergonha.

Amorin *et al* (2006) mostram que 43,5% das mulheres entrevistadas disseram que não realizam o Papanicolaou por acharem ser necessário, seguido de 28,1% por considerar “embaraçoso” este exame fica claro que há, ainda, entre as mulheres, a falta de conscientização da importância da realização do exame.

César *et al* (2003) demonstram em seu trabalho que o motivo das mulheres não realizarem o preventivo foi um fator sociodemográfico; a raça. Seu estudo revela que as mulheres de cor negra ou parda, de baixa renda, menores de idade, e que apresentam companheiros foram as que tinham dificuldade e não realizavam o exame.

Para Martins *et al* (2005) os fatores mais importantes para não realizarem o preventivo são baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e serem mulheres jovens.

Para Hackenhaar, César e Domingues (2006) os maiores motivos são o fator socioeconômico; mulheres com baixa escolaridade, de baixa renda, com pele de cor mulata ou negra e por não consultar um ginecologista há mais de 12

meses antes da pesquisa.

Estas pesquisas nos mostram que os dados encontrados em Cianorte não estão diferentes em relação com todos estes estudos. Se analisarmos que a falta de informação e a dificuldade de acesso à saúde estão ligados aos fatores socioeconômico em nosso país, podemos dizer que os estudos se relacionam. O comodismo, o medo e a vergonha encontrados na pesquisa em Cianorte, não estão diferentes das pesquisas encontradas no Brasil todo e, também, associamos a falta de informação e a principal desmotivação para a realização do exame. (Martins *et al*, 2005; Hackenhaar, César e Domingues, 2006; César *et al*, 2003; Amarin *et al*, 2006; Pinho *et al*, 2003, Dias da Costa *et al*, 1998; Brenna *et al*, 2001; Silva *et al*, 2006).

Tabela 17. Motivos para realização do exame preventivo. Cianorte, Pr, 2007.

Motivos	n	%
Não respondeu	6	1,5
Encaminhamento de outro profissional	4	1
Orientação do médico	80	20,4
Orientação de conhecidos	7	1,8
Propaganda	11	2,8
Propaganda e orientação de conhecidos	1	0,2
Vontade própria	284	72,3
Total	393	100,00

*****Observação:** do total da amostra (427 mulheres), 34 foram excluídas da tabela devido nunca ter realizado o Papanicolaou.

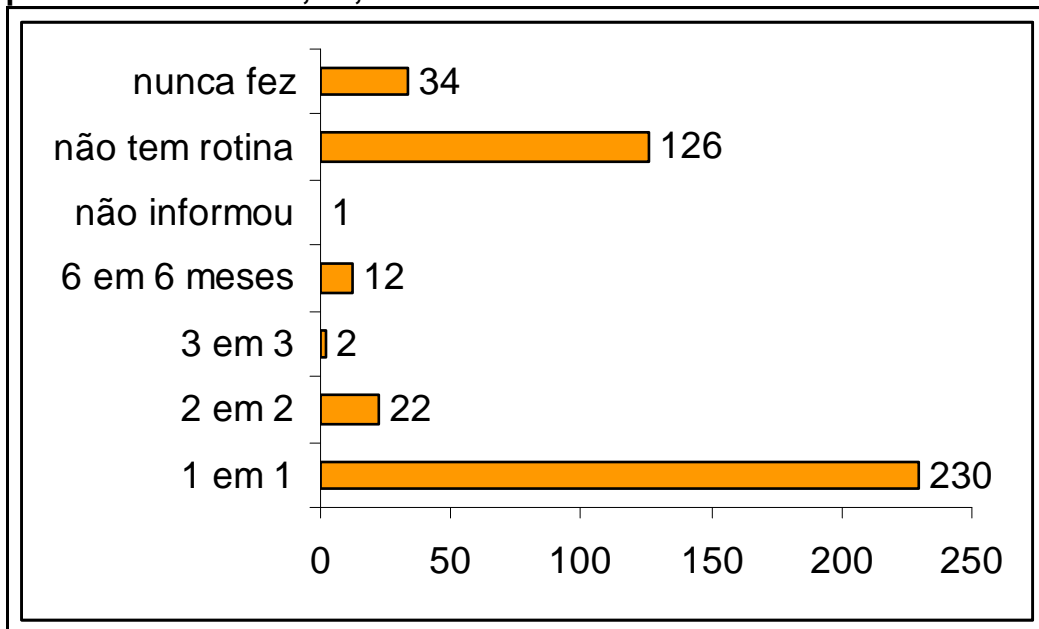
Das entrevistadas, 1,5% não deram nenhum motivo para realizar o exame preventivo, 1% recebeu orientação de outro profissional que não o ginecologista, 20,36% receberam orientação do médico da área, 2,8% foram motivadas por propagandas e 72,3% por vontade própria.

Estes dados são corroborados por Pinho *et al* (2003) que descreveram os motivos para a realização de exame preventivo. Em sua pesquisa, 55,5% das mulheres foram coletar o exame porque querem, ou seja, espontaneamente e 24,9% por orientação médica o que também foi encontrado em Cianorte. Podemos inferir que campanhas informativas são importantíssimas já que as mulheres, se informadas, procuram o exame de Papanicolaou, como mostram

resultados da nossa pesquisa, já que 72,3% realizaram o exame por iniciativa própria.

Segundo Guarasi *et al* (2004), das mulheres atendidas no Hospital Franco da Rocha, a maioria procurou o serviço espontaneamente e já com sintomas da doença. Este dado somado às informações obtidas em Cianorte e nas bibliografias levantadas mostra a necessidade de divulgação do serviço de rastreamento do Câncer cérvico uterino.

Figura 21. Periodicidade da realização do exame preventivo citado pelas pacientes. Cianorte, Pr, 2007



Percebemos, pela figura 21, que 230 (53,8%) das mulheres realizam o exame anualmente, 126 (29,5%) delas não têm rotina, 22 (5,1%) de dois em dois anos, 12 (2,8%), de seis em seis meses e 02 (0,4%) de três em três anos.

A maioria das mulheres realizam o exame com regularidade anual (53,8%), mas muitas ainda (29,5%) não têm rotina de coleta.

Em todos os trabalhos levantados, o número de mulheres que realizam o Papanicolaou regularmente é maior do que as que não realizam como mostram Martins *et al* (2005). Realizando um levantamento bibliográfico dos relatos de cobertura do citopatológico, os autores encontraram em São Paulo, no primeiro estudo, que 68,9% das mulheres haviam realizado o preventivo em menos de 03

anos e, no segundo, esse percentual aumentou para 77,3%.

Silva *et al* (2006) relatam que 8,0% das mulheres de seu estudo nunca haviam realizado o preventivo e 9,4% o tinham realizado em 3 anos ou mais, 26,9% haviam coletado em menos de 3 anos e 53,8% em menos de 1 ano;

Pinho *et al* (2003) informaram que 83,6% já haviam realizado o exame e destas 65,5% realizaram em menos de 1 ano.

Amorin *et al* (2006) disseram que 83,3 % de 40 anos ou mais realizaram o Papanicolaou pelo menos uma vez em 3 anos, 8,5% das mulheres entre 45 e 59 anos e que 11,2% das mulheres de 60 anos ou mais nunca haviam coletado material para o exame.

Hackenhaar, César e Domingues (2006) concluíram que 83,0% das entrevistadas realizaram o exame em menos de 3 anos.

Já os achados de César *et al* (2003) indicam que 57% das entrevistadas nunca haviam realizado o Papanicolaou o que difere da pesquisa realizada no município de Cianorte e dos outros trabalhos encontrados.

Segundo Brenna *et al* (2001) das mulheres entrevistadas que apresentavam diagnóstico de câncer cervical, 81% realizavam o preventivo inadequadamente.

Tabela 18. Número de partos e realização do exame preventivo. Cianorte, Pr, 2007

Nº partos	Preventivo		Total
	não	sim	
Nenhum	17 (4%)	37 (8,7%)	54 (12,7%)
Um	4 (0,9%)	81 (18,9%)	85 (19,9%)
Dois	6 (1,4%)	124 (29%)	130 (30,4%)
Três	3 (0,7%)	104 (24,3%)	107 (25,1%)
Quatro ou mais	4 (0,9%)	47 (11%)	51 (11,9%)
Total	34 (8%)	393 (92%)	427 (100%)

P<0.0001*

Através do valor de P acima podemos dizer com 95% de segurança que existe alta associação entre realizar o exame preventivo e o número de partos.

As mulheres que já passaram pela gravidez e realizaram regularmente o pré-natal e foram orientadas quanto à realização do preventivo. O número de mulheres que não tiveram nenhum filho e, assim, não passaram pelo

pré-natal, pode ser um fator que contribui para a não realização do preventivo (17 mulheres). Enquanto os outros dados (1, 2, 3, 4 ou mais filhos) este número ficou pequeno (4, 6, 3, 4 mulheres respectivamente).

Tabela 19. Dificuldade na realização do preventivo e local de realização. Cianorte, Pr, 2007.

Dificuldade no preventivo	Local		
	Consultório	Posto	Total
Não	90 (23,8%)	91 (24,1%)	181 (48%)
Sim	54 (14,3%)	142 (37,6%)	196 (52%)
Total	144 (38,2%)	233 (61,8%)	377 (100%)

P<0.0001*

*****Observação:** do total da amostra (427 mulheres), 50 foram excluídas da tabela devido a nunca terem realizado o Papanicolaou e/ou não informaram.

Entre as mulheres entrevistadas, que realizaram exames em Postos de Saúde, 142 (37,6%) sentiram dificuldade e, 91 (24,1%) relataram não sentir qualquer tipo de dificuldade. Entre as mulheres que realizaram o exame no consultório, 90 (23,8%) não sentiram dificuldade durante o preventivo e 54 (14,3%) relataram sentir dificuldade. Cinquenta (50) mulheres não informaram e/ou nunca realizaram o exame. Observa-se que o $p < 0.0001$, portanto, existe alta associação entre a variável dificuldade no preventivo e local onde foi realizado o exame. Um problema comum nos serviços é a falta de acolhimento à mulher. Em muitos lugares apenas o número de exames (produtividade) é o importante, e isto pode levar ao medo e conseqüentemente a dor. A mulher que se sente acolhida forma mais facilmente o vínculo com a equipe de saúde, enquanto que as clientes dos postos de saúde precisam participar ativamente, buscando a garantia do atendimento (OLIVEIRA, PINTO E COIMBRA, 2007)

A principal dificuldade apresentada pelas entrevistadas foi a dor no momento da coleta. A tabela 20 mostra o ambiente em que as mulheres sentiram mais dificuldades durante a realização do exame.

Tabela 20. Local de realização do exame e dor durante a realização do exame. Cianorte, Pr, 2007.

Dor no preventivo	Local		
	Consultório	Posto	Total
Não	131 (33,9)	180 (46,6)	311 (80,5)
Sim	16 (4,1%)	59 (15,2%)	75 (19,5%)
Total	147 (38,9%)	239 (61,9%)	386 (100%)

P=0.0009*

*****Observação:** do total da amostra (427 mulheres), 41 foram excluídas da tabela devido nunca ter realizado o Papanicolaou e/ou não informaram.

Na tabela 20, nota-se que 75 (19,5%) mulheres alegaram sentir dor durante o exame preventivo. Dessas, 16 (4,1%) realizaram o exame no consultório e 59 (15,2%) no posto de saúde. Foi realizado o teste qui-quadrado com $p= 0.0009$, evidenciando que existe diferença significativa entre local de realização do exame e o fato de sentir ou não dor durante o mesmo. Quarenta e uma mulheres não informaram e/ou nunca realizaram o exame.

Tabela 21. Uso de camisinha e realização do exame preventivo. Cianorte, PR, 2007.

Preventivo	Camisinha		Total
	não	sim	
Não	27 (6,4%)	7 (1,7%)	34 (8,1%)
Sim	309 (73,7%)	76 (18,1%)	385 (91,9%)
Total	336 (80,2%)	83 (19,8%)	419 (100%)

P=0.9053

*****Observação:** do total da amostra (427 mulheres), 08 foram excluídas da tabela devido a não prestarem a informação solicitada.

Pode-se notar que a grande maioria das mulheres não faz o uso da camisinha (80,2%), 309 (73,7%) dessas mulheres já realizaram o exame preventivo e 27 (6,44%) nunca o realizaram. Das 83 (19,8%) que informam usar camisinha, 07 nunca realizaram o exame preventivo e 76 (18,1%) já realizaram.

O teste para estas duas variáveis não foi significativo, ou seja, não

existe associação entre as duas variáveis.

Tabela 22. Exame preventivo e situação conjugal. Cianorte, Pr, 2007.

Situação Conjugal	Preventivo		Total
	não	sim	
Amasiada	7 (1,6%)	23 (5,4%)	30 (7%)
Casada	10 (2,3%)	280 (65,6%)	290 (67,9%)
Divorciada	2 (0,5%)	29 (6,8%)	31 (7,3%)
Separada	0	13 (3%)	13 (3%)
Solteira	14 (3,3%)	29 (6,8%)	43 (10,1%)
Viúva	1 (0,2%)	19 (4,4%)	20 (4,7%)
Total	34 (8%)	393 (92%)	427 (100%)

(fisher) $p < 0.0001^*$

Observa-se que o $p < 0.0001$ foi significativo para a Tabela 22, ou seja, a situação conjugal influencia na realização ou não do exame preventivo. Para este caso foi realizado o teste exato de Fisher mais adequado quando se observam valores pequenos e/ou células vazias na tabela.

Em Cianorte e em todos os estudos encontrados e analisados, a maioria das entrevistadas realizava o exame citopatológico. De acordo com estes estudos, a maioria das mulheres tinha companheiro. Como mostra Hackenhaar, César e Domingues (2006) 61,8%. Para César *et al* (2003) 72% de suas entrevistadas moravam com companheiro. No estudo realizado por Amorin *et al* (2006) 42,3% eram casadas ou tinham companheiro. Pinho *et al* (2003) 42,3%. O único trabalho em que as mulheres que apresentaram companheiro foi menor que as solteiras foi o achado por Silva *et al* (2006) 17,3% tinham companheiro enquanto 24,3% não tinham. Martins, Thuler e Valente (2005) verificaram que mulheres jovens e solteiras realizam o exame de preventivo com menor frequência.

Podemos inferir com estes dados que as mulheres casadas ou com companheiros se preocupam mais com a realização do citopatológico e que devido aos episódios de gravidez ou problemas ginecológicos comuns as mulheres procuram auxílio de profissionais para consulta ou exames o que as levaria ao preventivo devido à informação ou solicitação médica ou de enfermagem

Tabela 23. Bairros onde residem as entrevistadas e o local de realização do exame. Cianorte, Pr, 2007.

Bairro	Local		Total
	Consultório	Posto	
Conjuntos novos	2 (0,5%)	4 (1%)	6 (1,6%)
São Lourenço	6 (1,5%)	3 (0,8%)	9 (2,3%)
Vidigal	1 (0,3%)	9 (2,3%)	10 (2,6%)
Zona 01	51 (13,1%)	23 (5,9%)	74 (19%)
Zona 02	33 (8,5%)	20 (5,1%)	53 (13,6%)
Zona 03	13 (3,3%)	43 (11%)	56 (14,4%)
Zona 04	13 (3,3%)	13 (3,3%)	26 (6,7%)
Zona 06	11 (2,8%)	30 (7,7%)	41 (10,5%)
Zona 07	14 (3,6%)	44 (11,3%)	58 (14,9%)
Zona 08	5 (1,3%)	51 (13,1%)	56 (14,4%)
Total	149 (38,3%)	240 (61,7%)	389 (100%)

P<0.0001

*****Observação:** do total da amostra (427 mulheres), 38 foram excluídas da tabela devido a nunca terem realizado o Papanicolaou e/ou não informaram.

Analisando-se as variáveis: Bairro e local de realização do exame, observamos que existe forte associação entre ambas. Estudando as diferenças, notamos que na Zona 01 e na Zona 02, aproximadamente o dobro de mulheres realizaram o exame em consultórios, em comparação com as Zonas 03, 06, 07 e 08. Trinta e oito (38) mulheres não informaram e/ou nunca realizaram o exame preventivo.

A Zona 01 e a Zona 02 são os bairros habitados por pessoas com maior poder aquisitivo do município, o que explica o grande número de mulheres que procuram o atendimento no serviço particular (consultório).

O Distrito de São Lourenço também apresenta uma particularidade: sua economia está diretamente ligada a uma grande empresa de farinha de mandioca que gera renda para todas as famílias do local. Esta empresa mantém atendimento à saúde de seus empregados e familiares o que explica os dados encontrados onde a maioria (06) pacientes realizam o preventivo no consultório particular.

6 CONCLUSÃO

Concluimos com esta pesquisa que as mulheres na faixa etária de 40 anos menstruaram por volta dos 13 anos, iniciaram a vida sexual em média aos 19 anos, não fumam, são casadas, apresentam um parceiro fixo, possuem o ensino fundamental incompleto, tiveram dois ou três filhos, de partos normais ou cesariana.

As mulheres encontradas nos domicílios durante os dias de semana ficavam em casa para cuidar de netos ou crianças pequenas. Além do serviço doméstico, muitas ainda costuravam em casa para fábricas de confecção.

Não utilizam camisinha e a maioria diz não ter tido DST nos últimos 10 anos. Das mulheres que relataram ter tido alguma DST, a mais citada foi o HPV.

Quanto a infecções ginecológicas, 64% já apresentaram algum tipo de sintoma ou vários sintomas juntos como prurido vaginal ou relatam ter utilizado pomada ginecológica, mas não necessitaram de cauterização 54% não tiveram nenhum tipo de câncer em sua família.

Quanto ao método de anticoncepção, 56% relatam não utilizar nenhum. Entre as mulheres que o utilizam, os métodos citados são o anticoncepcional hormonal oral seguido da laqueadura.

Quanto ao preventivo, 92% já o realizaram; 73% não sentem dor na coleta e 46,84% apresentam alguma dificuldade para a realização do exame; 8% nunca realizaram o preventivo; 30% não têm rotina na coleta e 53% realizam o Papanicolaou anualmente.

Um problema que detectamos é que muitas das entrevistadas realizam o preventivo sem o compromisso de uma rotina. Há as que o realizam todos os anos, mas encontramos mulheres que havia 10, 15 e até 30 anos que não faziam o Papanicolaou, mesmo morando perto dos postos de saúde.

Das mulheres que realizam o preventivo, 72,26% o fazem por vontade própria (espontaneamente). Estas relatam que acham importante o preventivo e muitas querem fazer até mais vezes, se tiverem oportunidade. Esse fato indica que falta informação a estas mulheres.

Os motivos para a não realização do exame foram o comodismo, seguido do medo e vergonha. Por não sentirem sintomas de doenças ginecológicas, as entrevistadas acham não ser necessário a coleta do preventivo. Mais uma vez há falta de informação e de conscientização sobre o câncer e sua prevenção.

As mulheres que tinham filhos realizaram com maior frequência o preventivo. É rotina nos postos de saúde a gestante realizar o preventivo no Pré-natal. Este dado nos leva a pensar que estas mulheres realizam o exame e muitas entendem e colocam em prática as orientações recebidas na gestação, o que nos faz crer que são necessárias mais informações e divulgação a respeito do preventivo, pois quando a mulher é bem orientada ela tem interesse de prevenir-se contra o câncer.

As mulheres que realizam o exame nos postos de saúde apresentam mais dificuldades que as que o fazem nos consultórios particulares.

Entre as dificuldades citadas estão problemas com horários e muitas reclamam que, para a coleta do preventivo, têm que faltar ao serviço para marcar, depois, novamente no dia de coletar, pelo menos um período do dia. O fato de a enfermeira não poder dar atestado e em muitos postos não haver dias e horários alternativos para agendamento e coleta, faz com que elas faltem no serviço e percam gratificações e/ou prêmios que muitas fábricas oferecem para funcionários que não faltam ao serviço.

As mulheres casadas fazem mais preventivo que as solteiras e, por terem parceiro fixo, não acham necessária utilização do preservativo. Muitas entrevistadas atribuem a necessidade de uso do preservativo só às mulheres que têm muitos parceiros sexuais e relatam não utilizar o condom por terem parceiros fixos. Este dado chamou nossa atenção por ser preconceituoso e, mais uma vez, mostrar a falta de informação destas mulheres.

O fato de as casadas realizarem mais o preventivo que as solteiras leva-nos a supor que podem apresentar mais casos de infecção ou problemas relacionados à vida sexualmente ativa, o que as levariam à realização do preventivo. Outra hipótese é que as mulheres casadas têm mais filhos e que no pré-natal há a coleta do preventivo e orientação quanto ao mesmo, como já foi descrito nesta pesquisa.

Verificamos que muitas mulheres entrevistadas realizam o preventivo nos consultórios particulares, ou não apresentam rotina na coleta, o que pode explicar a baixa cobertura no município do Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico.

A grande maioria sabe quais são os cuidados antes do exame, mas dizem esquecer de marcá-lo por não terem problemas, por falta de tempo ou dificuldade de horário. Solicitaram que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

lembrassem a elas do exame e divulgassem dia e horário das coletas. Solicitaram, ainda, mais campanhas de conscientização e coleta em horários diferentes dos já existentes no município, principalmente depois das 18 horas ou aos sábados. Relatam que vizinhas, filhas, ou elas próprias deixam de realizar o preventivo devido os horários de coleta serem os mesmos de funcionamento das fábricas e shoppings onde trabalham.

Concluindo o presente trabalho, podemos afirmar que são muitas as dificuldades, mas o que falta no município para aumentar a cobertura do preventivo é maior divulgação e mais informação às mulheres. A população entrevistada acha isso importante e necessário e solicitou mais orientação.

Cianorte conta com muitas fábricas e, nestas, a maioria dos funcionários são mulheres que ouvem rádio o dia todo. É difícil encontrar uma fábrica onde não esteja ligado um rádio, o que facilita a veiculação das informações por esse veículo de comunicação e por outros meios de comunicação de massa.

Os resultados desta pesquisa serão levados ao conhecimento da Secretaria Municipal de Saúde para contribuir com a melhoria do atendimento às mulheres e a implementação do programa já instalado no município.

7 FATOS QUE CHAMARAM A ATENÇÃO DURANTE A PESQUISA

Este estudo é quantitativo, mas durante as entrevistas algumas falas chamaram a nossa atenção e nos mostraram a importância de nosso trabalho, porque permitiram identificar casos que merecem ser observados e problemas que podem ser resolvidos pelo município.

Ao iniciarmos as entrevistas em um bairro de classe média baixa, um relato chamou a nossa atenção. Ao perguntar a uma senhora se ela realizava o preventivo de câncer ela se assustou e rapidamente se expressou assim:

“[...] câncer, não, não faço nada de câncer não tenho medo [...]”

Questionada se fazia o exame no posto de saúde (que fica em frente a sua casa), o exame realizado pela enfermeira, a paciente relatou:

“[...] Ah! O preventivo, faço sim todo ano [...]”

Esta fala nos mostra que muitas mulheres até realizam o exame anualmente, mas não estão sabendo o porquê da realização do mesmo. Existe ainda muita desinformação, e as mulheres necessitam ser orientadas não só a fazer o exame, mas pra que ele serve, ou qual sua importância.

Outro fato importante foi que, quando questionadas sobre a utilização do preservativo, muitas entrevistadas demonstravam surpresa pela pergunta e outras ficavam bravas como se a utilização da camisinha devesse ser feita apenas por casais não casados ou, ainda, ligavam a utilização do condon em casos de traição de um dos cônjuges. Algumas achavam absurda a pergunta, associando o uso do preservativo a mulheres com muitos parceiros e de pouco respeito. Essas foram frases comuns durante as entrevistas:

“[...] imagina, eu não preciso disso não, sou casada!”

“[...] pra quê? Sou casada!”

“Imagina só! Eu sou casada...”

“Claro que não. Eu não uso, sou casada.”

Outro dado relevante diz respeito ao início da atividade sexual. Encontramos mulheres que iniciaram a vida sexual após os 30 anos de idade, o que difere da média local que está entre 16 e 20 anos, sendo a idade mais citada 19 anos. Uma delas que tinha 35 anos, era muito tímida e com vergonha de falar sobre o assunto, quando perguntada por que nunca havia realizado o exame preventivo explicou seus motivos com a seguinte fala:

“[...] eu fui marcar e não era dia, voltei outro dia e marquei o exame, dia marcado veio a minha menstruação, marquei outro, chegou o dia, a enfermeira não pode colher, não lembro se ela tinha reunião ou tinha acabado o material. Bem, eu desisti e nunca mais fui. Não sinto nada e tenho vergonha mesmo.” Este é um dos casos em que o serviço perdeu oportunidade de realizar o exame e demonstrou a necessidade de se tomar providências para que não ocorram mais.

Verificamos que as mulheres não sentem a necessidade da realização do preventivo, ao colocarmos barreiras na realização do mesmo, até as que procuram o serviço para a coleta deste exame desanimam e protelam sua realização deixando assim passar o tempo, o que pode esclarecer os índices baixos alcançados pelo Programa de Prevenção ao câncer de colo de útero do município de Cianorte.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cianorte quando nos autorizou a realização desta pesquisa mesma e nos deu todo o apoio necessário, solicitou que os resultados obtidos fossem repassados a todas as enfermeiras. Será marcada uma reunião para passar a elas as informações e os resultados aqui registrados, a fim de melhorar a qualidade do atendimento no serviço público.

A 13ª Regional de Saúde nos solicitou que nessa reunião estejam presentes não só as enfermeiras do município de Cianorte, mas dos 11 municípios que compõem sua área de abrangência, o que pode melhorar a qualidade do atendimento à saúde da mulher em toda a região, devido às discussões e estratégias de atendimento e divulgação que serão realizadas após esta reunião.

Diante da exposição dos resultados e conseqüente discussão, sobre o assunto poderão ser propostas estratégias de sensibilização, informação e atendimento ao público, de maneira a colaborar direta ou indiretamente com a melhoria da qualidade de vida das mulheres objetivamente a diminuição do sofrimento e do número de mortes causadas por essa doença, o aumento da realização dos exames.

8 SUGESTÃO PARA A MELHORIA DO ATENDIMENTO

Para ajudar na solução de muitos problemas encontrados durante esta pesquisa sugeriremos à Secretaria Municipal de Saúde de Cianorte algumas ações, muitas delas solicitadas pelas entrevistadas, para aumentar a procura pelo exame preventivo nas unidades de Saúde:

- Abrir os postos para coleta em horários alternativos como após as 18:00 horas ou aos sábados, já que muitas entrevistadas trabalham no mesmo horário de funcionamento do serviço de saúde, o que as impede de realizar o exame. Oferecendo-se horários diferenciados, mais mulheres teriam acesso ao preventivo;

- Solicitar aos ACS para divulgarem o preventivo em suas visitas. Isto faria com que as mulheres se lembrassem do mesmo. O município não utiliza nenhuma carteirinha de preventivo como rotina, o que deveria acontecer, e os ACS deveriam ser treinados para, além das carteirinhas de vacina, solicitar também a carteirinha do preventivo;

- Garantir o atendimento não deixando faltar material ou pessoal treinado para a coleta. Os postos que mais apresentaram mulheres que já haviam realizado o exame são aqueles onde as mulheres tinham mais facilidade no agendamento e têm opção de escolha na data para a coleta. Nestes postos (Vidigal e Zona 08) as mulheres conheciam a enfermeira pelo nome e relataram facilidade no acesso à profissional e ao preventivo;

- Realizar campanhas para coleta. Além de ter sido um dos itens mais solicitados, as campanhas realizadas com intensificação do programa levam mais informação e divulgação do preventivo, levando as mulheres para a coleta;

- Desenvolver atividades para divulgação do programa de prevenção do câncer ginecológico. Muitas mulheres não o fazem por esquecimento. A realização de campanhas nas rádios e meios de comunicação em massa lembrariam as mulheres “esquecidas” e com informações (lembretes) diários muitas mulheres poderiam se conscientizar da necessidade do exame;

- Desenvolver atividades para melhoria do atendimento e relacionamento interpessoal dos funcionários. Muitas mulheres reclamaram do mau atendimento. Como enfermeiras, subentende-se que toda parte de humanização já está implícito em nossa profissão, mas, hoje, trabalhos de inter-relacionamento

pessoal e de humanização se fazem necessários devido às inúmeras reclamações feitas pelas entrevistadas com relação às funcionárias e profissionais da área nos mais diferentes setores da saúde pública. Desenvolvendo atividades de relacionamento e de incentivo e reconhecimento do profissional poderíamos melhorar o atendimento e, assim, a qualidade do programa.

REFERÊNCIAS

ALEIXO NETO, A. A. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 23 (4). 326-33, 1991.

ALVES, R. N; KOV´SCS, M.J; STALL, R; PAIVA, V. **Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, Pr.** Revista de Saúde Pública. vol.36 nº4 suppl. São Paulo Aug. 2002

AMORIN, V M S L; BARROS, M B A; CESAR, C L G; CARANDINA, L; GOLDBAUM, M. **Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 22 911 0:2329-2338, nov, 2006.

AQUINO, J.G. **Sexualidade na escola: alternativas teóricas e práticas.** São Paulo, SP. Summus, 1997.

BEREK, JONATHAN S. **Novak Tratado de Ginecologia.** 13ª ed. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2005.

BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHI, J.A.R. Perfil epidemiológico do cancer na rede pública em Porto Alegre –RS. **Revista brasileira de Cancerologia**, 2004; 50(2): 95-101.

BOUNDY, J *et al* **Enfermagem médico-cirúrgica.** Tradução Carlos Henrique Cosendey; revisão Sônia Regina Souza. Rio de Janeiro: Rechmann & Affonso Editores, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Falando sobre o câncer de colo do útero.** Rio de janeiro: MS/INCA, 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa DST-AIDS. AIDS no Brasil. Disponível no site: <<http://www.saude.gov.br>> acesso outubro de 2007.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Caderno de Atenção Básica nº 13, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores Municipais de Saúde**, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> acesso em ago. 2006

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer (Brasil) (INCA). **Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama; Viva mulher**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> acesso em 12 de set 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>> acesso ago. de 2007.

BRASIL, SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL. **Parâmetros Curriculares nacionais: pluralidade cultural orientação sexual**. 2 ed. Rio de Janeiro: D&A, 2000.

BRENNAN, S M F; HARDY, E; ZEFERINO, L C; NAMURA, I. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino**. Caderno de Saúde Pública. Vol17 nº 4 Rio de Janeiro July/aug. 2001

CIANORTE, Secretaria Municipal de Saúde. Cianorte, 2006.

CÉSAR, J. A.; HORTA, B L; GOMES, G; HOULTHAUSEN, R. S; WILLRICH, R. M.; KAERCHER, A.; IASTRENSKI, F. M. **Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo sul do Brasil**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 19(5): 1365-1372, set-out. 2003.

CHONG, C. Y. P., 1990. **Estudo de Fatores Sócio-Demográficos Associados ao Conhecimento e à Realização do Exame de Papanicolaou**. Dissertação de Mestrado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

COTRAN, RAMZI S. ROBBINS. **Patologia Estrutural e Funcional**, trad. Jane Bardawil Barbosa. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000

CONTRAN, R S; KUMAR, V; COLLINS, T. **Patologia Estrutural e Funcional**. 6 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2000.

DELUCA, G, D; LUCERO, R H; MARTIN DE CIVETTA, M T; VICENTE, L; GORODNER, O L Z; SCHELOVER, E; ALONSO, J M. **Human Papillomavirus Genotypes in Women With Cervical Cytological Abnormalities From na Área With Higt Incidence of Cervical Câncer**. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo. 46(1):9-12. January-February, 2004

DIAS DA COSTA, J.S; D,ELIA, P.B; MANZOLLI, P; MOREIRA, M. R. **Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil.** Ver. Panam Salud Publica/Pan Am; Public Health 3(5), 1998.

DRAIN, P.K; HOLMES, K.K; HUGHES, J.P e KOUTSKY, L.A. **Determinants of cervical cancer rates in developing countries.** International Journal of Cancer. 100: 199-205, 2002.

FRANCO, E.L. **Understanding the epidemiology of genital infection with oncogenic and nononcogenic human papillomaviruses: a promising lead for primary prevention of cervical cancer.** Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 6: 759-761, 1997.

FRANCO, E.L; DUARTE-Franco, E; e FERENCZY, A. **Cervical câncer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection.** Can Med Assoc J. 164 (7): 1017-1025, 2001.

GUARASI, R; HARDY, E; DERCHAIN, F M; FONSECHI-CAVASON, G A; BORGES, J B R. **Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasor de colo uterino no município de Franco da Rocha, SP.** Revista Brasileira de Cancerologia. 2004: 50(1): 7-15.

GUIMARÃES, D.T. **Dicionário de termos médicos e de enfermagem.** 1 ed. São Paulo: Rideel, 2002.

HACHKENHAAR, A A; CÉSAR, J A; DOMINGUES, M R. **Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização.** Revista Brasileira Epidemiologia: 2006; 9 (1): 103-11

HERRERO, R; BRINTON, L.A; REEVES, W.C; BRENES, M.M; TENÓRIO, F; DE BRITTON, R.C; CAITAN, E; MONTALVAN, P; GARCIA, M e RAWLS, W.E. **The risk factors of invasive carcinoma of the cervix uteri in Latin America.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 109: 6-26, 1990.

HERLIHY, B.; MAEBIUS, N K. **Anatomia e Fisiologia do Corpo Humano Saudável e Enfermo.** 1 ed. Editora Manole, São Paulo, 2002.

IARC - International agency for research on cancer. **Papillomavirus.** Lyon: IARC. (monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Vol 64, 1995.

IARC - **International agency for research on cancer**. 2007. Disponível em: <<http://www.iarc.fr>> acesso em 10 de fev. 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> acesso em 12 de set. 2005.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> acesso em 12 de set. 2005.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> acesso em 12 de set. 2005.

INCA – **Instituto Nacional de Câncer**. Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteúdo_view.asp?id=326> acesso em 17 de jul. 2007.

LEAL, E.A.S; LEAL JÚNIOR, O.DE.S; GUIMARÃES, M,H; VITORIANO, M.N; NASCIMENTO, T.L.DO; COSTA, O.L.N. **Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco – Acre**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, 25 (2): 81-86, 2003.

LINDEL, K; BEER, K.T; LAISSUE, J; GREINER, R.H e AEBERSOLD, D.M. **Human papillomavirus positive squamous cell carcinoma of the oropharynx: a radiosensitive subgroup of head and neck carcinoma**. Cancer. 92 (4): 805-813, 2001.

LINHARES, A C; VILLA, L,L. **Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV)**. Lornal de Pediatria, vol. 82 nº3. Porto Alegre, Julho de 2006.

LOPES DE FARIA, J; e COLABORADORES. **Patologia Geral: Fundamentos das Doenças, com Aplicações Clínicas**. 4 ed. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan, 2003.

MANDELBLATT, J; LAWRENCE, W; GAFFIKIN, L; LIMPAHAYOM, K.K, LUMBIGANON, P; WARAKAMIN, S,I. **Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed contries**. J Natl Cancer Ins. 94: 1469-1483, 2002.

MARTINS, L.F. L; THULER, L.C.S; VALENTE, J.G. **Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. V. 27 n. 08. Rio de

Janeiro. Ago.2005

MILLER, A.B; NAZEER, S; FONN, S; BRANDUP-LUKANOW, A; REHMAN, R; CRONJE, HI. **Report on consensus conference on cervical cancer screening and management.** Int J Cancer. 86: 440-447, 1986.

MOTTA, E.V.DA; FONSECA, A.M.DA; BAGNOLI, V.R; RAMOS, L.DE.O.; PINOTTI, J.A. Colpocitologia em Ambulatório de Ginecologia Preventiva. **Revista da Associação Médica Brasileira.** V47 nº 4. São Paulo. out/dez. 2001

MURTA, E, F, C; FRANÇA,H,G; CARNEIRO,M,C; CAETANO, M.S.S.G; ADAD, S,J; SOUZA, M.A.H DE. **Câncer do Colo Uterino:** Correlação com o Início da Atividade Sexual e Paridade. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 21(9): 555-559, Rio de Janeiro. Outubro. 1999.

NADAL, S R.; MANZONE,C. R., **Vacina Contra o Papiloma Vírus Humano.** Ver. Brás. Coloproct, 2006; 26(3):337-340

NETTINA, S, M, **Bruner Prática de Enfermagem** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C.; COIMBRA, V. C. C. **Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da estratégia saúde da família.** Ver. Latino Americana. Enfermagem vol. 15 nº 3 Ribeirão Preto, June, 2007.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. **Manual do Programa de Controle e Prevenção do Câncer Ginecológico.** Brasília: Secretaria de Estado da Saúde; SESA: 2002.

PARANÁ – Secretaria Estadual de Saúde, **Programa de Controle e Prevenção do Câncer Ginecológico.** 13ª Regional de Saúde de Cianorte, 2006.

PARKIN, D.M; BRAY, F.I E DEVESA, S.S. **Cancer burden in the year 2000.** The global picture. Eur J Cancer. 37: 55-66, 2001.

PASSOS, M. R. L **Deesetologia, DST 5.** 5ª edição p 322d. Rio de janeiro: Cultura Médica, 2005., 1104p.; il

PASSOS, M. R. L **Deesetologia, no bolso: o que deve saber um profissional**

que atende DST. Niterói: RQV, 2004

PELLOSO, S.M; CARVALHO, M. D. de B. **O impacto da comunicação de massa na campanha de prevenção do câncer cérvico uterino.** Comunicação como meio de promover a saúde - 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem/ Org. Isabel Amélia Costa Mendes – Ribeirão Preto, : Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000. Ribeirão Preto, SP: Editora e Gráfica Scala, 2000. 234 págs.:30 cms

PETROSKI, E L; VELHO, N M; DE BEM, M F L. **Idade de menarca e satisfação com o peso corporal.** Revista brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano. Vol. 1 nº 1 – p. 30-36, 1999.

PENÃ, M; FIGUEIREDO, R. **Relatório final do projeto: Contracepção de emergência e preservativos: Conhecimento e percepção de gravidez não-planejada, DST e HIV/AIDS.** Disponível em: <http://www.redece.org/conhece> acesso em out. 2007.

PINHO, A.A.; FRANÇA JÚNIOR, I.; SCHRAIBER,L,B; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Cobertura e motivos para a não realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo.** Caderno de Saúde Pública. Rio de janeiro. 19 (Sup. 2): S303. S313, 2003.

PISANI, P; PARKIN, D.M; BRAY, F E FERLAY, J. **Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990.** In J Cancer. 83: 18-29, 1999.

PRAÇA, N.S; GUALDA, D,M,R. **Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus.** Rev. Latino-am Enfermagem 2003. janeiro-fevereiro: 11(1):14-20

PREFEITURA MUNICIPAL DE CIANORTE, SETOR DE ENGENHARIA, **Mapa da Cidade de Cianorte, Distrito de Vidigal e Distrito de São Lourenço.** Cianorte, 2007

RAMOS, S P. **Câncer do colo do útero,** 2007. Disponível em: <<http://www.gineco.com.br/cancer.htm>> acesso em out. de 2007.

ROBLES, S.C; WHITE, F E PERUGA, A. **Trends in cervical cancer mortality in the Americas.** Bulletin of Pan American Health Organization. 30: 291-301, 1996.

RUBIN, E; FABER, J. L. **Patologia Terceira Edição.** Tradução de Patology. Rio de

Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SANKARANARAYANAN, R; BUDUKH, A.M E RAJKUMAR, R. **Effective programmes for cervical câncer in low and middle income developing countries**. Bulletin of the World Health Organization. 79:954-962, 2001.

SANTOS, O.S.N, ROMANOS, V.T.M E WIGG, D.M. **Introdução à virologia humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

SIGURDSON, K. **Effect of organized screening on the risk of cervical câncer evaluation of screening activity in Iceland**. Int J Cancer. 54: 563-570, 1993.

SILVA, T. T.; GUIMARÃES, M. L.; BARBOSA, M. I. C.; PINHEIRO, M.F.G.; MAIA, A F. **Identificação de tipos de papilomavirus e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical**. Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, 2006; 28(5):285-91.

SILVA, T. T.; GUIMARÃES, M. L.; BARBOSA, M. I. C.; PINHEIRO, M.F.G.; MAIA, A F. apud .DANAIEI, G; HOORN,V S; LOPES, A D; MURRAY, S J; EZZATTI, M; **Comparative Risk Assessment Collaborating Group (Cancers)**. Causas of câncer in the world: comparative risk assenssment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet 2005; 366 (9499): 1784-93

SIMÃO, A B; MIRANDA-RIBEIRO, P; CAETANO, A J; CESAR, C C. **Comparando as idades à primeira relação sexual, à primeira união e ao nascimento do primeiro filho de duas coortes de mulheres brancas e negras em Belo Horizonte: evidências quantitativas**. Revista Brasileira Est. Pop., São Paulo, vol. 23, nº 1, p 151-166, jan/jun. 2006.

SOUZA, J,M,M; PELLOSO, S,M; UCHIMURA,N,S; SOUZA,F. **Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública do município de Maringá-PR**. Rev. Brás. Ginecol. Obstet. V.28 n5. Rio de janeiro maio 2006.

SOUTO, R; FALHARI, J.B; CRUZ, A.D.DA. **O papiloma vírus humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias**. Revista Brasileira de Cancerologia. 2005; 51(2): 155-160.

VERMELHO, L. L; SILVA, L. P; COSTA, A J L. **Epidemiologia da transmissão Vertical do HIV no Brasil**. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_jun_ago99/trans_vertical.htm> acesso em out. 2007.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**, 3ª ed. Revista e ampliada. Rio de Janeiro:Elsevier, 1980, 15ª reimpressão

WARNER, E.A E PARSONS, A.K. **Screening and early diagnosis of gynecologic cancers**. Medical Clin North Am. 80; 45-61, 1996.

WEREBE, M. J. G. **Sexualidade, política e educação**. Campinas, SP. Autores Associados, 1998.

YAZLLE, M E H D; ROCHA, J S Y; MENDES, M C; PATTA, M C; MARCOLIN, A C; AZEVEDO, G D. **Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto**. Revista de saúde Pública. Vol.35, nº 2. São Paulo. Apr. 2001.

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO:

Seção 1: Caracterização da entrevistada (indicadores demográficos, sócio-econômicos e clínico-ginecológicos)

1-Idade _____

2- Idade da 1ª menstruação _____

3- Idade da 1ª relação sexual _____

4- Fuma? () sim () não

5- Situação conjugal:

() casada () solteira () divorciada () amasiada

6- Tem parceiro sexual fixo? () sim () não

7- Qual o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses? _____

8-Escolaridade:

() ensino fundamental completo () ensino fundamental incompleto

() ensino médio compl. () ensino médio incompl. () graduação compl. () graduação incompl.

9-Renda familiar (em salários):

() 1 sal. () 2 sal. () 3 sal. () 4 sal. () 5 sal. ou mais

10- Quantos Partos teve?

() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 ou mais () Não teve

11-Tipo de parto:

() normal () cesariana () Outro _____

12-Usa camisinha com o parceiro para prevenção de DST?

sim não

13-Teve Doença Sexualmente Transmissíveis (DST) nos últimos 10 anos?

sim não

14-Se teve DST, qual? _____

15-Já teve infecção ginecológicas? sim não leucorreia prurido

usou pomada

16-Já fez cauterização?

sim não

Seção 2: Caracterização dos fatores de risco.

17- Apresenta algum fator de risco?

início precoce da atividade sexual multiparidade tabagismo multiplicidade de parceiros sexuais doenças sexualmente transmissíveis infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) uso de contraceptivo oral

18- Tem histórico de câncer na família?

sim não

19- Se sim, qual câncer? _____

20-Em quem?

pai mãe tia/tio avó/avô outro _____

Seção 3: Métodos contraceptivos

21- Utiliza método anticoncepcional?

sim não

22-Qual método utiliza?

DIU Diafragma Temperatura Injeção Camisinha

Pílula Tabela Outro _____

Seção 4: Exames preventivos

23-Você já fez o preventivo de câncer?

sim não

24- Você sente dor na coleta do preventivo?

sim não

25-Você teve alguma dificuldade para fazer o exame preventivo? sim não

Quais? falta de tempo horário não compatível com o do serviço

vergonha medo outro _____

26- Se nunca fez, porque?

27-Onde fez?

Consultório médico Posto de saúde outro local

28- Porque Você fez o exame :

o médico mandou orientação de algum conhecido por vontade própria porque viu propaganda por encaminhamento de profissional de saúde

qual? _____

29-De quanto em quanto tempo você faz o preventivo?

1 vez por ano 2 em 2 anos 3 em 3 anos não tem rotina nunca fez o exame

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este trabalho se propõe avaliar os possíveis fatores predisponentes para a não realização do exame preventivo de câncer de colo uterino.

O câncer de colo uterino representa a segunda causa de morte entre mulheres. Esta doença é passível de prevenção e pode ser efetuada através do exame de papanicolaou. O trabalho caracteriza-se por um estudo descritivo, de corte transversal, aplicado por meio de inquérito populacional.

A população alvo deste estudo será composta por mulheres com idade entre 20 a 59 anos, atendidas pelo SUS, excluindo mulheres com idade inferior a 20 anos e as que nunca tiveram relação sexual

A pesquisada poderá negar-se a qualquer momento em participar da pesquisa caso sinta algum desconforto ou constrangimento antes ou durante a pesquisa, sem penalização ou ônus para a mesma.

Os benefícios esperados são: aumento na demanda de mulheres realizando o exame de prevenção e melhoria no atendimento à saúde da mulher.

Será garantido o sigilo e a privacidade da participante na pesquisa em relação as informações obtidas durante as entrevistas.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Enfermeira Andréia Cristiane Pizani Domingos; e a Enfermeira Dra. Sandra Marisa Pelloso, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** de participar do mesmo.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisado

Eu, Andréia Cristiane Pizani Domingos declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo. Equipe:

1- Andréia Cristiane Pizani Domingos – telefone: (44) 3629-5668

Rua Marquês de Olinda, 62; Cianorte – Paraná

2- Sandra Marisa Pelloso – telefone: (44) 32614444

Universidade Estadual de Maringá - UEM, Campus Central; Maringá – PR.
Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CONEP) da Universidade Estadual de Maringá - Sala 01 – Bloco 010 - Campus Central – Telefone: (44) 3261-4444