

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,  
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

**SARA CASTILHOLI TIRADENTES RAMALHO**

**O CONHECIMENTO DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO  
EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO EM  
MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA**

**SÃO MATEUS-ES  
2019**

SARA CASTILHOLI TIRADENTES RAMALHO

**O CONHECIMENTO DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO EXAME  
CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO EM MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da **Faculdade Vale do Cricaré**, como parte dos requisitos para obtenção do Título de **Mestre**.

Área de Concentração: Ciência, Tecnologia e Educação.  
Linha de Pesquisa: Educação e Inovação.

Orientador (a): Dr. Daniel Rodrigues Silva

**SÃO MATEUS-ES**

**2019**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

R165c

Ramalho, Sara Castilholi Tiradentes.

O conhecimento das mulheres em relação ao exame citopatológico de colo uterino em municípios de fronteira / Sara Castilholi Tiradentes Ramalho – São Mateus - ES, 2019.

87 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2019.

Orientação: prof. Dr. Daniel Rodrigues Silva.

1. Câncer de colo uterino. 2. Exame citopatológico. 3. Prevenção. 4. Consulta ginecológica – dificuldades das pacientes. I. Silva, Daniel Rodrigues. II. Título.

CDD: 618.1

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

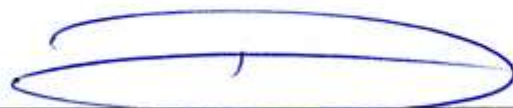
**SARA CASTILHOLI TIRADENTES RAMALHO**

**O CONHECIMENTO DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO EXAME  
CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO EM MUNICÍPIOS DE  
FRONTEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração a Educação e a Inovação.

Aprovada em 13 de abril de 2019.

**COMISSÃO EXAMINADORA**



**Prof. Dr. Daniel Rodrigues Silva**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**  
**Orientador**



**Prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**



**Profa. Me. Luana Frigulha Guisso**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**



**Prof. Dr. Giovanni Guimarães Landa**  
**Centro Universitário de Caratinga (UNEC)**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, porque d'Ele, por Ele e para Ele são todas as coisas.

Ao meu pai (*in memoria*) e à minha mãe, que me ensinaram o valor do estudo sempre afirmando que tesouros podem ser roubados, mas o conhecimento não.

A meu marido, pelo apoio e incentivo e a meu filho, meus amores, minhas heranças.

A vocês, digo que “a melhor maneira de alcançar o impossível é acreditar que é possível”.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que sempre estiveram prontos a colaborar, possibilitando parcerias maravilhosas.

Às amigas e companheiras de trabalho por ajudar-me na coleta de dados, pois quando se faz o que gosta é muito bom, mas em companhia de pessoas tão especiais é quase perfeito.

## RESUMO

RAMALHO, Sara Castilholi Tiradentes. **O conhecimento das mulheres em relação ao exame citopatológico de colo uterino em municípios de fronteira.** 2019. 87f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus/ES, 2019.

Entre as neoplasias femininas no Brasil, o câncer do colo de útero recebe grande empenho em um trabalho de educação de saúde pelo profissional de enfermagem, em um processo de prevenção e promoção de saúde, com assistência integralizada e humanizada. O exame citopatológico, popularmente conhecido como Papanicolau é de extremo valor na prevenção do câncer de colo do útero, o qual é o segundo tumor mais acometido na população feminina. Contudo, ainda há falta de conhecimento sobre o exame e muitas mulheres não procuram este atendimento por não conhecerem o tipo de procedimento e sua finalidade, ao lado do medo e da vergonha de se submeter ao exame. O estudo objetiva verificar o nível de conhecimento de um grupo de mulheres residentes na fronteira, em relação ao exame citopatológico de colo uterino. Especificamente, pretendeu-se verificar se um grupo de mulheres residentes em municípios de fronteira do Nordeste de Minas Gerais e Norte e Sul do Espírito Santo está em dia com o exame referido; apontando as questões culturais que têm interferido na aceitabilidade deste exame. Objetiva ainda, analisar as variações de conhecimento e aceitação do exame. O estudo foi de revisão de literatura com pesquisa de campo, sob a forma de coleta de dados, nas Unidades de Saúde da Família ou não das regiões supracitadas, de agosto a dezembro de 2018. Os resultados foram analisados através de tabelas e gráficos explicativos, No estudo ficou evidenciado ainda que, com um nível socioeconômico cultural, com elevado nível de escolaridade, conhecimentos das necessidades e informações básicas do CCU, as usuárias mesmo assim, retardam o comparecimento ao exame preventivo, por medo associado a dor; devido aos horários não flexíveis da Unidade Básica de Saúde; pela falta de estrutura do Centro de Saúde; bem como, pela falta de tempo por ser o pilar de sustento familiar. Ainda há a proibição de seus parceiros; como também a longa distância da Unidade Básica de Saúde, em especial, nos municípios do Nordeste/MG e Norte/ES. Outro aspecto, refere-se à falta de treinamento dos profissionais da Atenção Básica para diagnosticar precocemente as lesões e outros, em minoria neste estudo, mas que merece ser citado, ou seja, por residir em regiões de extrema pobreza. Por fim, e em número altamente reduzido, acrescentaram as usuárias não possuir informações adequadas a respeito do câncer cervical, nem acerca da sua prevenção e detecção precoce. O que se conclui como evidência, a necessidade de se propor planos de intervenção, com ações efetivas que vá de encontro às necessidades das usuárias. Foi ainda demonstrado que, a realização do exame preventivo é dificultada pelo conhecimento deficiente, e muitas vezes equivocado das mulheres sobre o mesmo. Além disso, as entrevistadas também identificaram o exame como um momento carregado de sentimentos como o medo, vergonha e a preocupação.

**Palavras-chave:** Câncer de colo uterino. Exame citopatológico. Dificuldades da mulher na realização da consulta ginecológica. Prevenção.

## ABSTRACT

RAMALHO, Sara Castilholi Tiradentes. The Knowledge of women in relation to cytopathological examination of cervix in border municipalities. 2019. 87f. Dissertation (Professional Master in Science, Technology and Education) - Vale do Cricaré College, São Mateus/ES, 2019.

Among the female neoplasms in Brazil, cervical cancer receives a great deal of work in health education by the nursing professional, in a process of prevention and health promotion, with integrated and humanized care. The cytopathological examination, popularly known as Papanicolau is extremely valuable in the prevention of cervical cancer, which is the second most affected tumor in the female population. However, there is still a lack of knowledge about the examination and many women do not seek this care because they do not know the type of procedure and its purpose, along with the fear and embarrassment to undergo the examination. The study aims to verify the level of knowledge of a group of women residing at the border, in relation to cervical cytopathological examination. Specifically, it was intended to verify if a group of women residing in border municipalities of the Northeast of Minas Gerais and North and South of Espírito Santo is up to date with the referred examination; pointing out the cultural issues that have interfered in the acceptability of this exam. It also aims to analyze the variations of knowledge and acceptance of the exam. The study was a review of literature with field research, in the form of data collection, in the Family Health Units or not in the above mentioned regions, from August to December 2018. The results were analyzed through tables and explanatory charts. In the study, it was also evidenced that, with a socioeconomic level, with a high level of schooling, knowledge of the basic needs and information of the CCU, users nevertheless delay attendance at the preventive examination, due to fear associated with pain; due to the non-flexible schedules of the Basic Health Unit; lack of structure of the Health Center; as well as the lack of time for being the pillar of family support. There is still a ban on their partners; as well as the long distance of the Basic Health Unit, especially in the municipalities of Northeast/MG and North/ES. Another aspect refers to the lack of training of Primary Care professionals to diagnose the injuries early and others, in a minority in this study, but which deserves to be cited, that is, because they reside in regions of extreme poverty. Finally, in a very small number, the users added that they did not have adequate information about cervical cancer, nor about its prevention and early detection. This concludes as evidence, the need to propose intervention plans, with effective actions that meet the needs of the users. It has also been shown that conducting the preventive examination is hampered by poor, and often misleading, knowledge of women about it. In addition, the interviewees also identified the exam as a moment of feelings, such as fear, shame and worry.

**Key words:** Cervical cancer. Cytopathological examination. Difficulties of the woman in the accomplishment of the gynecological consultation. Prevention.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 - Histologia do útero.....</b>	<b>22</b>
--	-----------

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Municípios que compõem a região nordeste de Minas Gerais.....	19
<b>Quadro 2</b> - Municípios que compõem a região norte/sul do Espírito Santo.....	19
<b>Quadro 3</b> - Materiais necessários para coleta de exame preventivo do Câncer de Colo de Útero (Papanicolau) .....	28

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Faixa etária das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES.....	45
<b>Tabela 2</b> - Nível de escolaridade das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES.....	46
<b>Tabela 3</b> - Situação habitacional das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.....	47
<b>Tabela 4</b> - Atividade remunerada das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.....	48
<b>Tabela 5</b> - Dados que auxiliam no conhecimento da situação de saúde e bem-estar das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.....	51

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Renda total familiar distribuída por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG Norte e Sul/ES participantes do estudo.....48
- Gráfico 2** - Participação na renda familiar distribuída por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.....49
- Gráfico 3** - Situação conjugal por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.....50
- Gráfico 4** - Número de consultas por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.....54
- Gráfico 5** - Periodicidade do exame por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.....55
- Gráfico 6** - Profissional indicado para coleta do exame preventivo por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.....56
- Gráfico 7** - Gênero do profissional que oferece conforto para as usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.....57
- Gráfico 8** - Local de participação na palestra das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.....58
- Gráfico 9** - Profissional considerado mais preparado para esclarecimentos sobre exame preventivo por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.....60

## LISTA DE SIGLAS

<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>CCU</b>	Câncer de Colo de Útero
<b>DST's</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IARC</b>	Agência Internacional para Pesquisa em Câncer
<b>INCA</b>	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
<b>IST</b>	Infecção Sexualmente Transmissível
<b>IVA</b>	Inspeção Visual com Ácido Acético
<b>HPV</b>	Papiloma Vírus Humano
<b>NICs</b>	Neoplasias Interepiteliais da Cérvix
<b>PAISM</b>	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
2.1 O COLO DO ÚTERO: CARACTERÍSTICAS, CLASSIFICAÇÃO E CUIDADOS... 21	
2.2 O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	23
<b>2.2.1 Diagnóstico e tratamento.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.2 Técnica da coleta do exame.....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.3 Vacina sobre o HPV: novas pesquisas.....</b>	<b>31</b>
2.3 DIFICULDADES QUE A MULHER ENFRENTA NA REALIZAÇÃO DA CONSULTA GINECOLÓGICA.....	33
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>45</b>
3.1 PROPOSTA DE MATERIAL EDUCATIVO.....	63
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero (CCU) é considerado um problema de saúde pública, e apresenta um índice elevado de morbimortalidade feminina em todo o mundo, e percebe-se que há um desconhecimento ou uma despreocupação por parte das mulheres, sobre a gravidade do problema. Deste modo, é o que motivou o presente estudo.

Os casos de câncer de colo de útero, com aproximadamente 530 mil novos casos por ano, no mundo, e o responsável pelo óbito de 270 mil mulheres por ano, é duas vezes maior nos países subdesenvolvidos quando se compara aos países desenvolvidos (WHO, 2013, apud BERGMAN et al., 2013). Na população feminina, esse tipo de câncer é o terceiro mais comum, exceto aos tumores de pele não-melanoma, ficando atrás somente do câncer de mama, tratando-se de uma doença pautada no baixo nível socioeconômico da população.

No Brasil, no ano de 2014, 15.590 novos casos foram estimados quanto ao CCU, sendo a quarta causa de morte de mulheres por câncer, estima-se um risco de 17 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2014a).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no Estado do Espírito Santo existe uma estimativa de 340 novos casos, sendo 40 somente para Vitória, a capital do estado (BRASIL, 2011a). Entre 2012 e 2013 foram estimados cerca de 18 mil casos no país (BRASIL, 2011b). O Estado do Espírito Santo, no ano de 2016, estimou 16,05% para 100 mulheres (INCA, 2015).

Caracterizado pela replicação desordenada do epitélio, o câncer do colo do útero (CCU) reveste o útero e apresenta-se como um problema de saúde pública, sendo, pois, um dos tumores mais emergenciais entre as mulheres e além disso, um enorme motivo de mortes por neoplasia na população feminina mundial. O câncer cervical no Brasil, ocupa a terceira posição entre os cânceres de maior incidência, alojando-se como uma das mais inquietantes neoplasias que atacam as mulheres, sobretudo em regiões menos desenvolvidas. O que pode estar pertinente às dificuldades no acesso e a precariedade dos serviços de saúde que propendem o diagnóstico e tratamento da doença (OPAS 2013; INCA, 2016; IARC, 2017).

Assim, devem-se conscientizar as mulheres sobre os fatores de risco, diagnóstico e tratamento precoce da doença, como também, dar valor ao acolhimento

da paciente, reconhecendo que há dificuldades na realização da consulta ginecológica.

Trata-se de uma doença rara que acomete mulheres com até 30 anos, cuja incidência progressivamente vai se ampliando até ter seu pico na faixa de 40 a 50 anos. Ainda, de modo progressivo a mortalidade aumenta a partir desta mesma década de vida, com alterações regionais expressivas pelo país. A incidência de CCU é aproximadamente o dobro em países em desenvolvimento, comparativamente aos países desenvolvidos (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, o objeto desta pesquisa é identificar o nível de conhecimento e o modo de como mulheres se sentem a respeito da prevenção do câncer de colo do útero e sua relação com os procedimentos a serem utilizados, tendo como ênfase o seu conhecimento em um trabalho preventivo.

Levanta-se então a seguinte problemática: De que forma a falta de conhecimento dessas mulheres pode interferir na realização do exame citopatológico de colo uterino?

O câncer do colo do útero, também identificado como câncer cérvico-uterino, representa aproximadamente 15% dos tipos de câncer que agredem as mulheres, é considerado o segundo tipo de câncer mais comum, chegando a atingir o 1º lugar em alguns países em desenvolvimento e o 6º lugar em países desenvolvidos. (SOARES et al., 2011)

Sabe-se que o câncer de colo uterino pelas estatísticas, vem apresentando aumento de casos. Por ano, faz aproximadamente 5.000 vítimas e apresenta 17.540 novos casos, segundo as estimativas de câncer do Instituto nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), válidas para os anos 2012 e 2013. Estima-se que, para o ano 2030, chegue a 27 milhões de casos incidentes de câncer, bem como, 17 milhões de mortes por câncer, e ainda, 75 milhões de pessoas vivas, portadoras da doença. Um problema de saúde pública, podendo ser responsável por altas taxas de morbimortalidade. Há também, uma falta de conhecimento do exame preventivo e de orientação, ou seja, uma das razões pelas quais as mulheres não procuram a prevenção, assim como o medo, a vergonha, a falta de conhecimento e conscientização da importância deste exame (BRASIL, 2016).

Observa-se ainda, no decorrer das atividades diárias, junto às mulheres, que a maioria dos projetos trabalha o assunto com um enfoque meramente informativo. As abordagens devem ser mais educativas, com a finalidade de informar as mulheres,



para que reflitam sobre a importância da prevenção do câncer, para que assim, sejam protagonistas nesta relação. É importante também, reconhecer a falta de políticas públicas voltadas para o tema, associada às questões culturais apresentadas pelas pacientes. Ainda se justifica o estudo, partindo da identificação das limitações da enfermagem na realização da consulta ginecológica; analisando as dificuldades enfrentadas pela paciente, bem como, retratando de que forma se dá o acolhimento na consulta ginecológica, listando os passos importantes, especialmente, no que se refere a fatores de risco, diagnóstico e tratamento.

O interesse por este projeto nasce do cotidiano, quando, atuante profissionalmente como enfermeira, com um grupo de mulheres em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), onde se constata que estas procuram atendimento ginecológico, no entanto, poucas sabem sobre os Exames Citopatológicos e da sua importância, na prevenção do câncer de colo do útero.

Considera-se que a construção de um objeto de estudo não se dá de forma neutra e desinteressada. Ao contrário, para sua elaboração entrelaçam-se claramente o avanço do conhecimento acadêmico e os diversos aspectos relacionados à minha experiência pessoal e profissional.

O estudo em municípios de fronteira se justifica também para analisar as variações em relação aos conhecimentos coletivos e individuais sobre o exame citopatológico, apesar das políticas públicas serem similares para todo o país, sendo de conhecimento que as questões culturais e socioeconômicas são fatores de interferência no resultado da prevenção. Quando se refere a políticas públicas similares para todo o país, significa que a abordagem dos determinantes sociais compreende o valor que a saúde tem para a sociedade em geral, admitindo ações para todo o país (são as políticas de estado). Contudo, muitas vezes, a relação com o setor Saúde local, exige ações em razão de suas necessidades, onde pode-se implantar projetos específicos (são as políticas de governo) devido às carências nas condições de saúde de grupos carentes.

O estudo quanto ao aspecto metodológico foi desenvolvido por meio de revisão de literatura descritiva e exploratória, com abordagem quali quantitativa, cuja busca realizou-se primeiramente em bases eletrônicas de dados e sites especializados da área, principalmente na Bireme; Pubmed (*Public Medical Literature*) e Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*), LILACS, entre outras.

A abordagem quantitativa permite a mensuração por meio de um instrumento de medida confiável, assegurando a objetividade e credibilidade dos dados (LEOPARDI, 2002).

Para Polit et al. (2004), a pesquisa descritiva tem o propósito de explorar, narrar e analisar aspectos de uma situação. Neste aspecto, Campana et al. (2001) ressalta que em estudos transversais, a coleta de dados é desenvolvida em um recorte único no tempo, ou seja, são arrecadadas informações sobre a exposição e o desfecho simultaneamente.

Em seguida, foi realizada uma pesquisa de campo com instrumento de coleta de dados em formato de questionário (Apêndice A) estruturado, com questões objetivas e fechadas, a permitir que o pesquisador esclareça seu problema com o máximo de eficiência. Foram entrevistadas 600 pessoas em municípios de fronteira, referentes ao Norte e ao Sul do Espírito Santo e ao Nordeste de Minas Gerais, em modelo padrão da pesquisa, distribuídas igualmente em 200 usuárias.

O estudo foi realizado mediante a aplicação de formulários formados por perguntas fechadas e objetivas (Apêndices A), durante os meses de agosto a dezembro de 2018, aleatoriamente às usuárias nas Unidades de Saúde da Família (USF) e demais mulheres, constante de Termo Compromisso Livre e Esclarecido (Apêndice B).

A presente pesquisa ocorreu em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, dispostas na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2013b).

O cálculo para amostra aleatória simples foi realizado com base no número estimado de mulheres que responderam ao questionário nos municípios, foco do estudo.

Foram considerados como critérios de inclusão: mulheres residentes nos municípios, foco do estudo, que atendidas ou não nas Unidades de Saúde da Família, dentro das faixas etárias prescritas no questionário, que concordaram em fazer parte da pesquisa e se dispuseram a respondê-lo. Este instrumento consistiu em questões contendo informações pessoais (idade, escolaridade, renda, local de residência, situação conjugal, e situação habitacional) e questões que abordam os conhecimentos, atitudes e práticas sobre o exame Papanicolau.

O estudo ao buscar entender o nível de conhecimento de um grupo de mulheres residentes em municípios de fronteira, realizou a investigação em dois estados da

região sudeste, a saber: ao norte e ao sul do Espírito Santo e ao nordeste de Minas Gerais.

O estado de Minas Gerais, localizado na região sudeste, possui uma densidade demográfica de 33,41 hab/km<sup>2</sup>, cuja população em 2010 era correspondente a 19.597.330 habitantes, com estimativa de 21.040.662 pessoas para 2018. Desta população, uma boa parte encontra-se na região nordeste de Minas, com alguns dos municípios citados. (Quadro 1)

**Quadro 1:** Municípios que compõem a região nordeste de Minas Gerais

<b>Municípios</b>	<b>Habitantes (Estimativa 2018)</b>	<b>PIB</b>	<b>IDH</b>
Ataléia	13.064 pessoas	R\$ 10.601,65 mil	0,588
Carlos Chagas	19.007 pessoas	R\$ 17.948,79 mil	0,648
Nanuque	40.839 pessoas	R\$ 11.551,45 mil	0,701
Serra dos Aimorés	8.685 pessoas	R\$ 12.536,58 mil	0,651

Fonte: A autora, 2018

Outro estado que compõe o estudo na região de fronteira é o Espírito Santo. Este possui uma população estimada em cerca de 3.972.388 mil habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Faz fronteira com o oceano Atlântico a leste, com a Bahia ao norte, com Minas Gerais a oeste e noroeste e com o estado do Rio de Janeiro ao sul. Sua área é de 46.095.583 km<sup>2</sup>. É o quarto menor estado do Brasil. Sua densidade demográfica é de 76,25 de hab/km<sup>2</sup>. Possui ainda mesorregiões, as quais serão mencionadas apenas a da região norte e a do sul, com alguns de seus municípios, por comporem o estudo. (Quadro 2)

**Quadro 2:** Municípios que compõem a região norte/sul do Espírito Santo

<b>Municípios</b>	<b>Habitantes (Estimativa 2018)</b>	<b>PIB</b>	<b>IDH</b>
Ecoporanga	23.014 pessoas	R\$ 14.195,33 mil	0,662
Ponto Belo	7.784 pessoas	R\$ 10.289,53 mil	0,669
Mucurici	5.552 pessoas	R\$ 12.392,80 mil	0,666
Montanha	18.770 pessoas	R\$ 16.612,16 mil	0,667
Pinheiros	26.763 pessoas	R\$ 15.233,24 mil	0,673
Pedro Canário	25.982 pessoas	R\$ 11.115,35 mil	0,654
Bom Jesus do Norte	9.910 pessoas	R\$ 12.014,23 mil	0,734
São José do Calçado	10.566 pessoas	R\$ 15.946,79 mil	0,688
Divino de São Lourenço	4.338 pessoas	R\$11.563,55 mil	0,632

Fonte: A autora, 2018.

Os dados obtidos através do formulário foram transcritos para planilhas do *Microsoft Office Excel*. Posteriormente, fez-se uma análise estatística descritiva (Porcentagem) dos dados através de codificação das respostas e tabulação dos dados para melhor compreensão dos resultados obtidos.

Segundo Crespo (2002) objetivando melhor visualização e interpretação os dados, os mesmos podem ser apresentados sob forma de tabelas e gráficos mais adequados para cada tipo de informação obtida.

O estudo tem como objetivo geral verificar o nível de conhecimento de um grupo de mulheres residentes em municípios de fronteira em relação exame citopatológico de colo uterino. Como objetivos específicos pretende-se verificar se um grupo de mulheres residentes em municípios de fronteira está em dia com o exame referido; apontando as questões culturais que têm interferido na aceitabilidade deste exame. Objetiva ainda, analisar as variações de conhecimento e aceitação do exame nos mesmos, propondo ações com material educativo em um plano de intervenção que visem melhorar o problema da baixa adesão ao exame preventivo do câncer cérvico-uterino.

Fundamentando-se principalmente nas leituras de Bergman et al. (2013), Soares et al. (2011), Brasil (2011), INCA (2015, 2016) dentre outros, o estudo buscou verificar o nível de conhecimento de um grupo de mulheres atendidas, em relação à coleta de Exames Citopatológicos de colo uterino, conforme variações de conhecimento e aceitação do exame nas regiões de fronteira. Contudo, é importante apresentar um breve relato dos capítulos que estruturam o estudo.

Assim, após um texto introdutório, fez-se uma revisão de literatura sobre o colo de útero, características, classificação e cuidados com o colo uterino. Ainda, o câncer do colo de útero, diagnóstico, tratamento e técnica da coleta do exame e as novas pesquisas vacina sobre o HPV e a vacina. Por fim, as dificuldades enfrentadas pela mulher na realização da consulta ginecológica.

Em seguida foram apresentados os resultados e a discussão. Por fim, as considerações finais, ressaltando como ocorreu e em que medida os objetivos foram alcançados.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O COLO DO ÚTERO: CARACTERÍSTICAS, CLASSIFICAÇÃO E CUIDADOS

O colo do útero separa os órgãos internos e externos da genitália feminina estando mais exposto ao risco de doenças e alterações relacionadas ao ato sexual. O colo do útero é a porção inferior do útero onde se localiza a abertura do órgão, encontrando-se no fundo da vagina. Localizado na cavidade pélvica, o útero é um órgão fibromuscular em formato de pera invertida, que recebe as tubas uterinas na região mais abaulada (cranial) e prossegue, inferiormente, com a vagina, com a qual forma comumente um ângulo de 90 graus (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004).

O colo do útero apresenta forma cilíndrica, com comprimento variável entre 2,5 e 3 cm, e sua extremidade superior tem continuidade com o útero. A extremidade inferior, cônica, termina fazendo protrusão na porção superior da vagina (porção vaginal do colo), possuindo uma abertura central denominada de canal cervical que liga o interior do útero à cavidade vaginal, local no qual acontece a eliminação do fluxo menstrual e a entrada do esperma. É através do colo uterino que ocorre a passagem do feto durante o parto vaginal (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004).

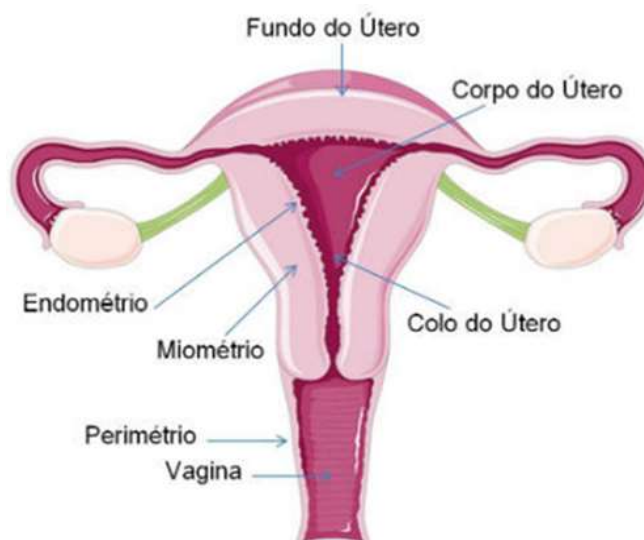
As características anatômicas, funcionais, histológicas e patológicas tornam o colo do útero de grande importância para a saúde da mulher. Assim como o corpo do útero, acha-se tunelizado no centro, formando o canal do colo do útero (canal cervical), de forma cilíndrica, comunica a cavidade endometrial com a vaginal.

Anatomicamente, no útero podem ser identificadas três partes: corpo, istmo e colo. O Corpo do útero é a porção principal, a sua região superior que é chamada de fundo do útero. O Istmo é um pequeno segmento estreito localizado entre o colo e o corpo do útero. E o colo do útero ou cérvix é a porção mais estreita que faz ligação com a vagina (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004).

O útero, quanto à histologia, é revestido por três camadas de tecidos, chamadas de: perimétrio, miométrio e endométrio. O Perimétrio é a camada mais externa, constituída por tecido conjuntivo. O Miométrio é a camada intermediária, formada de musculatura lisa, o qual possibilita as contrações no momento do parto, ressaltando que, durante a gestação as fibras lisas aumentam de número e tamanho.

A figura 1 mostra a visão histológica do útero.

**Figura 1-** Histologia do útero



Fonte: JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004

O Endométrio é a camada mais interna constituída de tecido epitelial altamente vascularizado, que reveste toda a cavidade uterina, sendo responsável por abrigar o embrião na parede do útero e nutri-lo durante o início da gestação, até a formação da placenta (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004).

Os dois tipos principais de células que cobrem o colo do útero são as células escamosas (no exocérvice) e as células glandulares (no endocérvice) (SMELTZER, BRUNNER e SUDDARTH, 2015).

A exocérvice é formado por múltiplas camadas, com a membrana basal limitando as células da superfície da camada mais profunda, composta de vasos sanguíneos, linfáticos e tecido de sustentação. E a endocérvice corresponde ao canal cervical com seu epitélio glandular e suas criptas. Está situada entre o orifício externo, em sua abertura para a vagina, e o istmo uterino, que leva à cavidade uterina (SMELTZER, BRUNNER e SUDDARTH, 2015).

O local onde estes dois tipos de células se encontram é denominada zona de transformação, e onde a maioria dos cânceres de colo de útero se inicia. Perto do colo do útero existem gânglios linfáticos, que fazem parte do sistema linfático (SMELTZER, BRUNNER e SUDDARTH, 2015).

Estimativas de 90% dos casos de câncer de colo de útero estão relacionadas ao vírus do papiloma humano (HPV). Assim sendo, este é o grande fator de risco para

a doença. Como ocorre a transmissão do HPV sexualmente, o ideal é que toda mulher, após a primeira relação sexual, consulte regularmente um ginecologista e faça o exame Papanicolau. Para a prevenção do HPV e, por conseguinte, do câncer de colo de útero, toda mulher deve usar preservativo durante a relação sexual (INCA, 2016b).

Outro exame importante para a detecção de alterações dos órgãos reprodutivos da mulher é o exame pélvico. Este pode ser efetivado por um ginecologista por meio do toque profundo dos genitais femininos por através do emprego de um espelho ou ainda por um exame de imagem.

Deste modo, como fatores de risco para o câncer de colo de útero está a presença do vírus do papiloma humano, o início precoce da atividade sexual e a multiplicidade de parceiros, daí os cuidados necessário sempre observando alguns sintomas e exames periódicos.

## 2.2 O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer é denominado como um conjunto de mais de cem doenças cujo crescimento desordenado de células, invade órgãos e tecidos, dividindo-se velozmente e que tendem a ser extremamente agressivas e irreprimíveis, causando a formação de tumores chamados malignos que podem espalhar para outras áreas do corpo, os quais têm causas externas ou internas ao organismo ou ainda, por estarem inter-relacionados (ARAÚJO et al., 2014).

O câncer do colo do útero, também identificado como câncer cérvico-uterino, representa aproximadamente 15% dos tipos de câncer que agredem as mulheres, é considerado o segundo tipo de câncer mais comum, chegando a atingir o 1º lugar em alguns países em desenvolvimento e o 6º lugar em países desenvolvidos (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Quando não adequadamente tratada, a infecção pelo HPV, tem sido assinalada como um grave fator de risco para o desenvolvimento da patologia que é ainda coligada a diversos cofatores, como exposição ao agente infeccioso da *Chlamydia trachomatis* e da imunodeficiência adquirida, tabagismo, uso de contraceptivos orais por longo tempo e a multiparidade (INCA, 2010).

De acordo com a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC), o impacto global do câncer alcançou mais que o dobro nos últimos 30 anos. Estimou-se

que, em 2008, ocorreriam cerca de 12 milhões de novos casos e 7 milhões de óbitos (INCA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) para este tipo de câncer a prevenção está ligada à realização de exame preventivo ginecológico, também conhecido como Papanicolau. Este exame, se realizado precocemente e corretamente, diminui em até 70% a mortalidade pelo câncer (BRASIL, 2010). Vários fatores de risco são identificados para o câncer de colo do útero e a grande maioria deles está relacionada aos cuidados com a saúde e ao estilo de vida.

Podem ser considerados como fatores de risco de câncer do colo do útero multiplicidade de parceiros sexuais e a história de infecções sexualmente transmitidas entre os parceiros, multiparidade e a idade precoce na primeira relação sexual. Outros fatores, em estudos epidemiológicos ainda não conclusivos, sugerem também o tabagismo, a alimentação pobre em alguns micronutrientes e o uso de anticoncepcionais (BRASIL, 2016).

Ainda, outros estudos evidenciam a promiscuidade sexual com a incidência do câncer no colo uterino é mais elevada entre as mulheres que exercem atividade sexual com múltiplos parceiros ou quando a mulher é monogâmica, porém o parceiro não o é, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o Nível socioeconômico: baixa condição socioeconômica contribui para uma maior incidência do câncer de colo cervical, estando relacionado para este fato o baixo padrão de higiene e o estado nutricional precário (BRASIL, 2016).

### **2.2.1 Diagnóstico e tratamento**

Para um programa nacional de combate ao Câncer de Colo de Útero (CCU) é imprescindível ter quatro elementos extraordinários em sua realização: detecção precoce, prevenção primária, diagnóstico/tratamento e cuidados paliativos. Na redução do CCU, a modalidade mais eficaz é a detecção precoce, pois na concepção de Vasconcelos et al. (2011) a prevenção pode ser conseguida por meio das atividades de rastreamento, dentre elas o exame citopatológico e a educação em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) a estratégia de rastreamento indicada no Brasil é o exame citopatológico, dando preferência às usuárias de 25 a 64 anos. Portanto, é necessário garantir a integralidade, organização e a qualidade dos programas de rastreamento, assim como, o seguimento das usuárias ao programa.



Ressaltando que, todas as etapas, desde os procedimentos, da coleta até os resultados e encaminhamentos, são de suprema importância para ter benefícios obtidos do exame de prevenção do CCU (MELO et al., 2009).

Apesar da alta incidência e de vários fatores de risco, o câncer cérvico-uterino apresenta grande potencial de prevenção, considerando que o desenvolvimento passa por diversos estágios de lesões intra-epiteliais pré-cancerosas antes de chegar à forma invasiva. Assim, associada com a facilidade de diagnóstico, a lenta evolução permite a detecção da doença mesmo nos estágios iniciais, em um período em que há alto índice de cura, contudo que a mulher realize o exame Papanicolau regularmente, o qual consiste na principal estratégia para detecção de lesões antecessoras e realização do diagnóstico do câncer de colo uterino, além de poder avaliar outras condições como infecção e inflamação do trato genital feminino (BRASIL, 2013; INCA, 2016b).

A etiologia do câncer cervical está habitualmente conexa a uma dilatada infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), com ampla possibilidade de desenvolvimento do câncer. Recentemente já consisti em mais de 150 tipos virais de HPV descritos, dos quais 13 tipos são de alto risco oncogênico por gerarem infecções constantes e estarem pertinentes às lesões precursoras. Os HPV 16 e 18 são os tipos mais identificados e importam 70% de todos os tipos virais envolvidos no cancro invasivo (INCA, 2016c).

Reforça o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) que, para este tipo de câncer a prevenção está ligada à realização de exame preventivo ginecológico, também conhecido como Papanicolau. Este exame, se realizado precocemente e corretamente, diminui em até 70% a mortalidade pelo câncer (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Cerca de 291 milhões de mulheres são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos tipos 16, 18 ou ambos (SANJOSE, 2007, apud BERGMAN et al., 2013). A infecção pelo HPV é comum, estando prevista que 80% das mulheres com práticas sexuais ativas irão contraí-la ao longo de suas vidas. A comparação desse dado com a incidência anual mundial é próximo de 530 mil casos de câncer do colo do útero.

Ferlay et al. (2010, apud BERGMAN et al., 2013) lembra que mesmo na presença da infecção pelo HPV, o câncer é um desfecho raro.

Para o ano de 2016, o Brasil esperou cerca de 16.340 novos casos de CCU, com estimativa de um risco entre 15,85 casos a cada 100 mil mulheres (INCA 2015).

Dentre os tipos de câncer existentes o CCU oferece um dos mais elevados índices de cura e prevenção, abrangendo aproximadamente 100%, quando diagnosticado na fase inicial da doença, cujo diagnóstico tem sido realizado de forma mais rápida e prática, devido ao uso de tecnologia simplificada e tratamento de fácil acesso (BERGMAN et al., 2013).

O Câncer do Colo do Útero (CCU), também chamado carcinoma de útero cervical, é considerado uma patologia com evolução bem lenta. As Neoplasias Interepiteliais da Cérvix (NICs) são marcadas por lesões que se proporcionam nas fases pré-invasivas e benignas. Na fase agressiva, sua malignidade ocorre com o crescimento de uma lesão na cérvix, que atinge os tecidos fixados na parte exterior do colo do útero e as glândulas linfáticas anteriores ao sacro (SANTOS; MACÊDO; LEITE, 2010).

Em geral, no momento em que ocorre a identificação de fatores de risco é feita a prevenção primária da doença. Já a prevenção secundária do CCU é efetuada através do exame citopatológico para a detecção da doença. O exame tem sido usado nos rastreamentos do CCU, proporcionando uma detecção precoce para ser tratado e curado (NARCHI; FERNANDES, 2013).

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV, ou seja, o tipo e a carga viral, a infecção única ou múltipla, outros fatores vinculados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual podem influenciar os mecanismos, ainda duvidosos, que originam a regressão ou a persistência da infecção, e também, a progressão para lesões prenunciadoras ou câncer. Ressaltando ainda que, a idade também intervém nesse processo, sendo que a maior parte das infecções por HPV em mulheres, com menos de 30 anos apresenta uma regressão natural, já em mulheres acima dessa idade, a persistência é mais recorrente (IARC, 2007, apud BERGMAN et al., 2013). Também, o tabagismo amplia o risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, na proporção do número de cigarros fumados por dia e ao início em idade precoce.

A infecção cervical pelo HPV em sua maioria é temporária e regride espontaneamente, entre um período de seis meses a dois anos, posteriormente à exposição (IARC, 2007, apud BERGMAN et al., 2013). No baixo número de ocorrências nos quais a infecção continua e, de maneira especial, é ocasionada por um tipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, o

qual a identificação e tratamento adequado permitem a prevenção do carcinoma cervical invasivo (WHO, 2008, apud BERGMAN et al., 2013).

Essas lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas, de tamanho variado, planas ou exofíticas, sendo ainda conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo. Localizadas frequentemente na vulva, no períneo, na região perianal, na vagina e no colo do útero. É incomum em áreas extragenitais como mucosa nasal, conjuntiva, oral e laríngea. Dependendo do tamanho e localização anatômica, as lesões podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas (BERGMAN et al., 2013).

Os sintomas do CCU aparecem no estágio invasor da doença e os principais são sangramento vaginal, ocorrem espontaneamente após o coito ou esforço, leucorreia e dor pélvica, que podem estar relacionadas com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados. Através do toque vaginal, pode mostrar alterações no tamanho, na forma, na consistência e na mobilidade do colo do útero e estruturas subjacentes (BERGMAN et al., 2013).

Importante ressaltar que, as pacientes ao apresentarem resultados citopatológicos insinuando lesão de baixo ou alto grau, devem ser submetidas a procedimentos adicionais de diagnósticos (INCA, 2016b). Contudo, o tratamento das lesões predecessoras do câncer do colo do útero é individualizado para cada caso, variando desde o simples acompanhamento cuidadoso, a diversas técnicas, compreendendo a crioterapia e a biópsia com laser, a histerectomia e, igualmente, a radioterapia. As modalidades terapêuticas que resguardam a função reprodutiva e que tornam mínimo a morbidade compõe o objetivo fundamental da colposcopia, que com o resultado do estudo histopatológico indica o tratamento completo (INCA, 2016b).

Por conseguinte, todo o tratamento deve ser avaliado e orientado por um médico, que conforme o estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade e desejo de ter filhos, receberá um tipo de tratamento, adequado às lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau na citologia, neoplasias intraepiteliais cervicais 2 e 3 na histologia e adenocarcinoma *in situ*) como meta prioritária para a redução da incidência e mortalidade pelo câncer do colo uterino (INCA, 2016b).

## 2.2.2 Técnica da coleta do exame

O exame preventivo do câncer de colo de útero (Papanicolau) é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e realizar o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero. Consiste na escamação de células da superfície externa e interna do colo de útero, com espátula de Ayres e escovinha cervical. Este material é analisado em laboratório de citopatologia. É indicado para mulheres que têm ou já tiveram atividade sexual, entre 25 e 64 anos de idade. Para maior segurança do diagnóstico, os dois primeiros exames devem ser anuais. Após duas coletas anuais com resultados normais, a periodicidade da coleta pode ser de 3 em 3 anos. Faz parte dos objetivos e das estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

A infecção pelo HPV, na maioria das vezes, apresenta-se de modo assintomático, com lesões subclínicas (inaparentes) visíveis; apenas depois da aplicação de reagentes, como o ácido acético e a solução de Lugol, e por meio de técnicas de magnificação (colposcopia) e exame histopatológico, é que se conseguem resultados definitivos.

O Quadro 3, lista os materiais necessários para a Coleta de Exame Citopatológico do câncer de colo de útero (Papanicolau), bem como, a Descrição do Procedimento (POP) antes da coleta e para a coleta propriamente dita, conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2013).

**Quadro 3 - Materiais necessários para coleta de exame preventivo do Câncer de Colo de Útero (Papanicolau)**

<b>Materiais necessários para Coleta de Exame Citopatológico</b>	
<b>Espaço Físico com</b>	<b>Descrição do Procedimento (POP)</b>
Mesa ginecológica; Escada de dois degraus; Mesa auxiliar; Foco de luz com cabo flexível;	<b>Antes da coleta</b>
	Realizar orientações do exame ginecológico no momento do agendamento (recomendações Anexo 1); Explicar o propósito do exame citopatológico e as etapas do procedimento; Coletar a história clínica; Preencher formulários para requisição de exame citopatológico do colo do útero Identificar a lâmina com as iniciais do nome da mulher e data de nascimento, com lápis, na extremidade fosca e o frasco ou a caixa de porta-lâmina devem também ser identificados a lápis;

<p>Biombo ou local reservado para troca de roupa; Cesto de Lixo; Hamper</p>	<p>Solicitar que a mulher esvazie a bexiga e troque a roupa, em local reservado.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Insumos</b></p>	<p><b>Coleta:</b> O profissional de saúde deve lavar as mãos com água e sabão, antes e após o atendimento; A mulher deve ser colocada na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível; Cubra-a com o lençol; Posicionar o foco de luz; Colocar as luvas descartáveis; Inspeccionar os órgãos genitais externos; -Introduzir o espéculo suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinada de maneira que o colo do útero fique exposto completamente; Realizar inspeção visual da vagina e do colo do útero; Para coleta na ectocérvice utiliza-se espátula de Ayre. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical e fazer esfregaço único no sentido transversal, próximo da região fosca; Para coleta na endocérvice, utilizar a escova endocervical. Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360° e colocar o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal; Fixar imediatamente o material colhido e distendido na lâmina para evitar o dessecamento, com o spray fixador, a uma distância de 20cm. Retirar o espéculo delicadamente e informar que o exame terminou; Registrar no prontuário das pacientes as informações e anotar em caderno específico o controle de coletas, resultados e seguimento das mulheres; Higienizar as mãos; Registrar no prontuário/SISTEMA.</p>
<p>Espéculos de tamanhos variados; Lâminas de vidro com extremidade fosca; Espátula de Ayre; Escova endocervical; Par de luvas descartáveis; Pinça de Cherron;</p>	<p><b>ANEXO 1 - Recomendações prévias</b> A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais deve ser evitada por 48 horas antes da coleta, pois essas substâncias recobrem os elementos celulares dificultando a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra para o exame citopatológico.</p>

Solução fixadora; Gaze; Recipiente para acondicionamento das lâminas; Formulários de requisição do exame citopatológico; Fita adesiva de papel para a identificação dos frascos; Lápis; Avental / Camisola para a mulher; Lençóis; Equipamentos de Proteção Individual (EPI);	A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta, pois é utilizado gel para a introdução do transdutor. Embora usual, a recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica. O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação. No caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é mandatório e a coleta, se indicada, pode ser realizada.
---	---

Fonte: BRASIL, 2013.

Vale acrescentar que, como meta do Programa de Saúde Brasileiro, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é o Profissional de Enfermagem ao intervir nas ações de prevenção e ou detecção do CCU, faz atividades, como as visitas domiciliares e na consulta de enfermagem de forma humanizada e integralizada, esclarece cada procedimento ao longo do exame Papanicolau. Assim, contribuem para um melhor atendimento à população feminina, encaminhando adequadamente as usuárias que apresentam alterações citológicas, e ainda, divulgam informações à população sobre os fatores de risco, as ações de prevenção e a detecção precoce do câncer.

Para Silva et al. (2008) promover essas ações é diminuir os fatores de risco, diagnosticar e tratar precocemente a doença.

Estas ações envolvem todos os níveis de atenção à saúde, no entanto, é na Atenção Básica que se torna possível um maior alcance, por haver um maior contato dos profissionais da saúde com a comunidade. Dentro deste âmbito, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um Programa do Sistema de Saúde Brasileiro, com objetivo de buscar a reorientação do modelo assistencial, o que inclui em sua prática uma maior articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, mediante a expansão e a qualificação da atenção primária, o que gera então, um ambiente favorável à reorganização do modo de rastreamento do câncer de colo do útero (VALE et al., 2010; INCA, 2010).

Parada et al. (2008) explicam que o Profissional de Enfermagem tem um importante papel dentro das equipes de ESF e o seu comportamento por todo o atendimento pode ser determinante na assistência prestada. Esses profissionais estão envolvidos em todas as ações que se relacionam com o câncer de colo do útero, e, é por meio de ações educativas com a participação da comunidade, que o conhecimento sobre essa neoplasia, é transmitido, todas as dúvidas sobre o exame são esclarecidas e a comunidade percebe o quanto é significativo esta prevenção.

### **2.2.3 Vacina sobre o HPV: novas pesquisas**

O nome HPV é uma sigla inglesa para "Papiloma vírus humano" e cada tipo de HPV pode causar lesões em diferentes partes do corpo. O HPV, vírus que infecta a pele e as mucosas, pode causar verrugas ou lesões precursoras de câncer, como o câncer de colo de útero, garganta ou ânus. A infecção pelo HPV é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) (BRASIL, 2014b).

Na maioria das pessoas, a infecção pelo HPV não expõe os sintomas. Em alguns casos, pode ficar oculto de meses a anos, sem aparecer sinais (visíveis a olho nu), ou mostrar manifestações subclínicas (não visíveis a olho nu). Com a diminuição da resistência do organismo pode ocorrer o desencadeamento da multiplicação do HPV e, por conseguinte, gerar o aparecimento de lesões. A maioria das infecções em mulheres (especialmente em adolescentes) tem resolução espontânea, pelo próprio organismo, em um período aproximado de até 24 meses (BRASIL, 2014b).

As primeiras manifestações da infecção pelo HPV surgem entre, 2 a 8 meses aproximadamente, contudo pode delongar até 20 anos para surgir algum sinal da infecção. Em gestantes e em pessoas com imunidade baixa as manifestações costumam ser mais comuns. As lesões clínicas se apresentam como verrugas na região genital e no ânus (tecnicamente chamadas de condilomas acuminados e popularmente conhecidas como "crista de galo", "figueira" ou "cavalo de crista"). Estas podem ser únicas ou múltiplas, de tamanhos variáveis, achatadas ou papulosas (elevadas e sólidas), geralmente assintomáticas, provavelmente causando coceira no local. Essas verrugas, em geral, são ocasionadas por tipos de HPV não cancerígenos (BRASIL, 2014b).

As lesões subclínicas (não visíveis ao olho nu) podem ser localizadas nos mesmos locais das lesões clínicas, não apresentando sinal/sintoma. Estas podem ser

causadas por tipos de HPV de baixo e de alto risco para desenvolver câncer, acometendo vulva, vagina, colo do útero, região perianal, ânus, pênis (em regra na glândula), bolsa escrotal e/ou região pubiana. E podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea, entretanto, com menor frequência (BRASIL, 2014b).

O diagnóstico do HPV é atualmente realizado por meio de exames clínicos e laboratoriais, dependendo do tipo de lesão, se clínica ou subclínica. As Lesões clínicas podem ser diagnosticadas, por meio do exame clínico ginecológico (vulva/vagina/colo uterino) e dermatológico (pele). As Lesões subclínicas podem ser diagnosticadas por exames laboratoriais, como: o exame preventivo Papanicolau (citopatologia), colposcopia, e também por meio de biopsias e histopatologia para distinguir as lesões benignas das malignas (BRASIL, 2014b).

Quanto à prevenção, tem-se a vacina contra o HPV, que é a medida mais eficaz contra a infecção. Esta é distribuída gratuitamente pelo SUS e é indicada para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, pessoas que vivem HIV, pessoas transplantadas na faixa etária de 9 a 26 anos, contudo, adverte-se que a vacina não é um tratamento, não sendo eficaz contra infecções ou lesões por HPV já existentes.

O HPV pode ser classificado em tipos de baixo e de alto risco de desenvolver câncer. Têm-se mais de 150 tipos diferentes de HPV, dos quais 40 podem infectar a região genital e provocar cânceres, como de colo do útero, vulva, vagina, pênis, ânus e orofaringe, e outros podem causar verrugas genitais.

Os principais vírus são combatidos com duas doses da vacina de HPV que gratuitamente está disponível pelo Sistema Único de Saúde. Existem 12 tipos identificados como de alto risco (HPVs tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 59) com probabilidades maiores de persistirem e estarem associados a lesões pré-cancerígenas. Os HPVs de tipo 16 e 18 ocasionam a maior parte dos casos de câncer de colo do útero em todo o mundo, aproximadamente 70% (BRASIL, 2014b).

Estudos internacionais já apontam impacto da vacinação na redução do HPV, nos EUA ocorreu diminuição de 88% nas taxas de infecção oral por HPV. Na Austrália, a redução da prevalência de HPV é de 22.7% (2005) para 1.5% (2015) entre mulheres de 18–24 anos. Nos EUA, México e Brasil entre homens de 18 a 70 anos: brasileiros (72%) têm mais infecção por HPV que os mexicanos (62%) e norte-americanos (61%).

Segundo dados da OMS, até maio de 2013 a vacina HPV havia sido introduzida em 51 países como estratégia de saúde pública.



Neste grupo, destacam-se a Antiga República Jugoslava da Macedónia, Alemanha, Argentina, Austrália, Áustria, Bélgica, Butão, Brasil\*, Brunei, Canadá, Colômbia, Darussalam, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Estados Unidos da América, Fiji, França, Grécia, Ilhas Cook, Holanda, Ilhas Marshall, Irlanda, Irlanda do Norte, Islândia, Israel, Itália, Japão, Kiribati\*, Letónia, Lesoto, Luxemburgo, Malásia, México, Micronésia (Estados Federados da), Nova Zelândia, Noruega, Palau, Panamá, Paraguai, Portugal, Reino Unido da Grã-Bretanha, República Checa, Ruanda, San Marino, Singapura, Suécia, Suíça, Trinidad e Tobago, Uganda\*, Uruguai.

Em julho de 2013, 10 países da América Latina e do Caribe incluíram a vacina HPV em sua lista e 4,5 milhões de meninas (58%) tem acesso à imunização contra o papiloma vírus humano (BRASIL, 2014b, p.34).

Até o momento foram desenvolvidas e registradas duas vacinas HPV.

A vacina quadrivalente recombinante, que confere proteção contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18, e a vacina bivalente que confere proteção contra HPV tipos 16 e 18.

A vacina quadrivalente está aprovada no Brasil para prevenção de lesões genitais pré-cancerosas do colo do útero, de vulva e de vagina em mulheres, e anal em ambos os sexos, relacionadas aos HPV 16 e 18, e verrugas genitais em mulheres e homens, relacionadas aos HPV 6 e 11.

A vacina bivalente está aprovada para prevenção de lesões genitais pré-cancerosas do colo do útero em mulheres, relacionadas aos HPV 16 e 18.

Conforme registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), essas vacinas têm indicações para faixas etárias distintas. A vacina quadrivalente tem indicação para mulheres e homens entre 9 e 26 anos de idade, e a vacina bivalente tem indicação para mulheres a partir de 9 anos, sem restrição de idade.

O prazo de validade do produto quadrivalente é de três anos, enquanto o prazo de validade da bivalente é de quatro anos (BRASIL, 2014b, p.19).

Estudos ainda demonstram que, a eficácia da vacina para as lesões intraepiteliais cervicais de alto grau associadas ao HPV 16 é de 96%, e para as lesões associadas ao HPV 18, em meninas sem contato prévio com HPV é de 90%. É importante esclarecer que na rede pública só está disponível a vacina quadrivalente.

### 2.3 DIFICULDADES QUE A MULHER ENFRENTA NA REALIZAÇÃO DA CONSULTA GINECOLÓGICA

Catafesta et al. (2015) ressalta que apesar da importância do exame ginecológico, muitas mulheres não parecem considerá-lo como um procedimento habitual e isento. Normalmente, existe vergonha, reações de medo, repulsa à própria genitália e constantes adiamentos na procura do serviço de saúde. As mulheres destacam sensações de desconforto, vulnerabilidade e ansiedade quando fazem o exame ginecológico.

Ainda, a dificuldade do acesso das usuárias ao SUS para a coleta do exame citopatológico, pode ser uma das causas para o não cumprimento das metas de cobertura, pois, muitas mulheres têm dificuldade no agendamento de uma consulta com um profissional de saúde (LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013).

Outro problema que consiste em barreira da própria mulher no que se refere ao exame de Papanicolau, é, devido ao baixo grau de escolaridade e por morarem em regiões de extrema pobreza, não possuem conhecimentos apropriados relativos ao câncer cervical, nem a respeito da sua prevenção e detecção precoce (ANDRADE, et al., 2013).

Confirmando as dificuldades acima apresentadas, sabe-se que tais aspectos são influenciados pelas crenças e valores culturais, acompanhados de outras causas, como as relacionadas à organização dos serviços de saúde, a desinformação das mulheres sobre a doença, e ainda, a baixa escolaridade, a influência negativa do parceiro e a falta de qualidade, de privacidade e de humanização no atendimento. Essas razões contribuem para a não adesão das mulheres à prática periódica do exame preventivo (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

As usuárias que procuram espontaneamente os serviços de saúde a fim de submeterem-se ao exame ginecológico periódico, devem levar em consideração que suas percepções e vivências é que definirão os significados atribuídos a este exame e que, por conseguinte, influenciarão, além disso, nas decisões de saúde. Esta decisão, em uma perspectiva mais coletiva, é que determinará o sucesso ou não de programas preventivos dirigidos às mulheres.

Entretanto, ressalta-se que, a consulta deve transcorrer com respeito, simpatia e gentileza. O momento da entrevista é muito importante, pois é a anamnese; e o profissional da saúde deve comprometer-se com a usuária, demonstrando interesse por toda sua circunstância de vida, por seus pensamentos, seu sofrimento, estando disposto a ajudá-la, procurando criar uma relação satisfatória para as próximas consultas entre enfermeiro e paciente (ZUCHELLI; MATSUMOTO, 2008).

Para o controle do câncer do colo do útero, é efetivo que a atenção às usuárias seja realizada pelo trabalho de uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade requer, além das interfaces disciplinares clássicas, a possibilidade da prática de um profissional se refazer na prática do outro (CARVALHO et al., 2008).

Assim, é essencial a existência de um trabalho de acolhimento da paciente, a fim de adequar um melhor entendimento. Desta forma, Merhy afirma que,

[...] acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas (acessibilidade universal). Diz respeito ainda à escuta do problema de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e se responsabilizando com a resolução do seu problema. Por consequência, o acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária (MERHY, 2006, p. 117-149).

Por conseguinte, a comunicação é um aspecto essencial no atendimento, considerando que é o que oportuniza ao profissional da saúde manter o contato com a paciente durante a consulta, particularizando o acolhimento receptivo, informativo, integrador, facilitando assim, o acordar da confiança e da empatia.

Para amenizar as dificuldades enfrentadas na prática da consulta ginecológica, os profissionais envolvidos precisam perceber que no momento do acolhimento é eficaz a recepção, o falar, o tocar, o ouvir, o inspirar confiança para ser aceita, o se fazer entender, o apreender dúvidas e esclarecê-las.

A comunicação no acolhimento e na consulta é necessária; pois se a usuária não compreender o que está ocorrendo no procedimento do exame, de nada vai adiantar; é indispensável fazer o possível para se comunicar bem, se fazer entender. Portanto, a primeira coisa a ser realizada é receber bem a usuária, dando-lhe um cumprimento acolhedor (TEIXEIRA et al., 2009).

Para os mesmos autores, a comunicação avigora o papel do acolhimento como diretriz operacional para a materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular a integralidade, universalização e equidade em saúde. Assim sendo, o acolhimento é um dispositivo do processo intercessor de construção do vínculo enfermeiro-usuário, que busca a corresponsabilidade sanitária e a intervenção resolutiva.

Do mesmo modo, dentre as atribuições, tanto do médico, quanto do enfermeiro na Atenção Básica, relacionadas à saúde da mulher, está a realização da consulta com coleta de exame preventivo e o exame clínico das mamas, pedindo exames complementares e prescrevendo medicações, segundo protocolos ou outras normas técnicas, determinadas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da

profissão, desempenhando atividades de educação em saúde junto aos demais profissionais da equipe (CARVALHO et al., 2008).

Partindo da premissa acima, percebe-se que uma grande maioria de mulheres não se sente bem no exame ginecológico. Em sua maioria, as mulheres revelam principalmente sentimentos de vergonha, além de tensão, medo e até dor. Fica claro que o exame ginecológico não é um procedimento preventivo confortável para as mulheres, existe uma repulsa por confronto direto com seu pudor. Isto se comprova quando se observa que estas não fazem esse exame regularmente; exceto aquelas em que já vivenciaram algum problema, cujo exame clínico ginecológico tenha detectado como câncer de colo de útero, ovário entre outros.

Os Profissionais de Saúde precisam trabalhar com ética; não expondo seus pacientes ao ridículo, mostrando somente a parte do corpo necessária à realização do exame, evitando do mesmo modo, que outros profissionais entrem na sala de exame e assim, constrangendo a paciente, impedir o medo e a vergonha, tornando esse um atendimento humanizado.

A exposição ao íntimo é a grande responsável pelo constrangimento das mulheres no exame ginecológico, e é então, frente a isso que se faz de grande ajuda a promoção de capacitação dos profissionais responsáveis pelo exame, para que possibilitem um ambiente agradável e um atendimento humanizado às pacientes.

Para um bom acolhimento na consulta ginecológica a saúde exige profissional ético e responsável. Por conseguinte, a equipe de saúde não deve concentrar suas atividades exclusivamente em procedimentos técnicos, mas, sobretudo, em buscar, refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com a paciente e igualmente, em ter uma relação mais próxima com as pessoas que procuram e/ou precisa de ajuda.

Barbeiro et al. (2009) afirma que, o bom relacionamento entre paciente e profissional é importante ao avaliar que a relação empática e de confiança ajuda para a promoção da tranquilidade na realização do exame, garantindo a aceitação ao exame preventivo. Deste modo, o profissional deve dar acolhimento apropriado às pacientes para que se sintam respeitadas e confiantes, incentivando a paciente a ter uma atitude favorável em relação ao exame, e deste modo, possibilitar a multiplicação da realização do exame para a comunidade.

Para isso, é importante que a consulta seja um momento de troca entre as mulheres e os médicos e enfermeiros. A abordagem tradicional centralizada no

profissional, interrogativa, informativa, deve ser trocada por uma relação propícia à construção coletiva de novos conhecimentos, sentimentos, valores e possibilidades práticas no campo da saúde sexual, cabendo ao enfermeiro o papel de facilitador e aos sujeitos da atenção, o de líderes de seu próprio processo (BARBEIRO et al., 2009).

Assim, a necessidade de um bom acolhimento, pois quando é efetivado de uma forma satisfatória pelos atuantes profissionais de saúde envolve uma maneira positiva ao paciente, proporcionando uma assistência satisfatória, e com essa atitude passa a existir um vínculo de confiança e de credibilidade com os profissionais (SOUZA et al., 2015).

De acordo com Carvalho et al. (2008) a consulta de enfermagem ou mesmo do médico começa com a entrevista, depois o exame físico geral, exame ginecológico, colheita citológica, inspeção visual com ácido acético (IVA), teste de Schiller e toque bimanual. Os principais elementos diagnósticos são a anamnese da paciente, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico.

Deve-se observar a importância dos registros de Enfermagem, porque através deles a equipe de saúde receberá dados sobre a evolução da paciente, facilitando o entendimento entre a equipe de saúde. Assim, ao documentar as ações realizadas com a mesma, testemunhar as ações de Enfermagem em processos legais e fornecer dados para o diagnóstico e terapia, para a avaliação dos cuidados de Enfermagem prestados e como fonte de aprendizagem, ocorrerá um melhor acompanhamento da paciente (CARVALHO et al., 2008).

É importante que o profissional de saúde durante a sua formação tenha a compreensão do seu papel na consulta ginecológica, no que se refere ao câncer de colo do útero, bem como, o registro apropriado da consulta, para que possa ser oferecida uma assistência de qualidade à paciente. O prontuário deve ser um registro completo para facilitar todos os profissionais que usá-lo.

Assim, segundo Souza, Silva e Pinto (2010) as mulheres apresentam comportamento sob dois ângulos, em relação ao exame ginecológico. O primeiro ângulo se refere às mulheres que procuram regularmente o exame ginecológico percebendo sua importância, em um processo de autocuidado; o segundo ângulo, àquelas que, mesmo percebendo essa importância, fogem do exame. Esse evitamento do exame ginecológico está ligado ao sentimento de vergonha, o que alcança um grau de importância significativo ao perceber que não só o exame

ginecológico preventivo é evitado, mas também, como procedimento diagnóstico em situação de doença. Normalmente, as mulheres preferem que o exame seja feito por profissional do mesmo sexo.

Na concepção de Souza, Silva e Pinto (2010) destaca-se que não se pode afirmar que uma experiência anterior positiva possa desfazer a atitude da mulher de evitar o exame ginecológico, ou que só uma experiência negativa possa criá-la, mas, que este seja um dos fatores de peso na consolidação de uma postura a este respeito. Expor o íntimo, geralmente causa o constrangimento, e muitos profissionais da saúde são despreparados em reconhecer esses sentimentos da mulher, provocando assim, o afastamento dessas pacientes das unidades de saúde, após uma primeira experiência traumática. É necessário que estes profissionais trabalhem com ética, não expondo seus pacientes ao ridículo, mostrando somente a parte do corpo necessária à realização do exame, evitando do mesmo modo o trânsito desrespeitoso de profissionais na sala de exame e encorajando a paciente, de forma a impedir o medo e a vergonha, tornando esse um atendimento humanizado.

De acordo com Peloso, Carvalho e Higarashi (2004, p.321) através de depoimentos relativos ao sentimento frente ao exame, “muitas mulheres demonstraram vergonha pela posição e pelo profissional enfermeiro, evidenciando a insatisfação pelo profissional masculino”.

Sendo assim, constata-se que a exposição ao íntimo é a grande responsável pelo constrangimento vivenciado pelas pacientes perante o exame ginecológico (ARAÚJO; LUZ; RIBEIRO, 2011) e, frente a isso, que se faz de grande ajuda a promoção de capacitação dos profissionais responsáveis pelo exame, para que estes consigam possibilitar um ambiente agradável e um atendimento humanizado às pacientes; subestimando este desconforto. Percebe-se que muitas mulheres temem deixar que esses profissionais vejam seu íntimo, até deixando de realizar o exame ginecológico.

Pinho e França Junior, ao fazer referência ao exame ginecológico com ou sem coleta do material cérvico-vaginal, afirma que:

[...] várias mulheres demonstram sentimentos de desconforto originados de experiências anteriores sofridas durante o exame, como, a realização do mesmo sem explicação do seu significado, a forma fria e descuidada do profissional enfermeiro frente a sua paciente e abordagem, sendo evidenciados ainda maus-tratos e humilhação em serviços de saúde em geral (PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003, P. 96).

Para Paula e Madeira, esta questão pode ser confirmada através dos estudos objetivados a respeito do exame colpocitológico, sob a visão da paciente que o vivencia:

[...] onde se percebe o constrangimento através das suas fisionomias, vendo nessas mulheres a contrariedade em se submeterem ao procedimento. Percebe-se que as mulheres se achavam sem domínio de seu corpo durante o procedimento, temendo os achados anormais e as eventuais doenças a serem detectadas. As mulheres ainda relatam que submeter-se ao exame ginecológico é sentir vergonha, medo, nervosismo, constrangimento, ansiedade, dor, alívio e tranquilidade (PAULA; MADEIRA, 2003, p. 89-90).

Confirmando ainda, essa ideia de desconforto sobre as dificuldades enfrentadas pela paciente ao defrontar com o enfermeiro na realização da consulta clínica ginecológica, a má conduta dos profissionais que não respeitam os direitos das pacientes que usam serviços de saúde para fazer o exame ginecológico, que não se importam com os sentimentos, crenças e valores dessas mulheres, que normalmente estão psicologicamente e emocionalmente abaladas, é inaceitável.

A saúde exige um profissional ético e responsável, para que se tenha um bom acolhimento na consulta ginecológica, que possa reconhecer nas usuárias uma pessoa cheia de necessidades e nem sempre objetivadas em uma doença. Por conseguinte, a equipe de saúde não deve concentrar suas atividades exclusivamente em procedimentos técnicos, mas, sobretudo, buscar, refletir e atuar considerando a acuidade do envolvimento com a paciente e em ter uma relação mais próxima com as pessoas que procuram e/ou precisa de ajuda.

Procurando alcançar dados sobre o relacionamento que se forma entre o profissional de saúde e a paciente, ressaltam-se as habilidades interpessoais da pessoa que presta atendimento, segundo o “modelo de ajuda” de Carchuff e Berenson, que, de acordo com elas referem-se ao atender, ao responder, ao personalizar e ao orientar. Igualmente consideram-se as fases pelas quais o profissional passa no decurso do processo de ajuda, ou seja, o envolver, o explorar, o compreender e o agir (NASCIMENTO, 2010).

De acordo com Catafesta et al. (2005) é o acolhimento o que se constitui em uma das ferramentas utilizadas para iniciar mudanças no processo de trabalho em saúde, com o fim de garantir o acesso a serviços de saúde humanizados, resolutivos e de qualidade, com responsabilidade coletiva dos trabalhadores com as necessidades de saúde das usuárias.

Corroborando, Barbeiro et al. (2009) afirma que o bom relacionamento entre paciente e profissional é de total importância ao avaliar que a relação empática e de confiança ajuda para a promoção da tranquilidade durante a realização do exame, garantindo a anuência ao exame preventivo. Deste modo, o profissional deve dar acolhimento apropriado às pacientes para que se sintam respeitadas e confiantes, incentivando a paciente a ter uma atitude favorável em relação ao exame, possibilitando assim, a multiplicação da ação para a comunidade.

Vários autores definem o acolhimento como fator essencial para a realização da consulta ginecológica. Ferreira (1988) aponta a palavra acolhimento como sendo o ato ou efeito de acolher, atenção, consideração; recepção; refúgio, abrigo e agasalho. Já Quintás (1995) compõe sua abordagem mencionando os biólogos, que com base em inúmeras pesquisas debatem sobre o acolhimento, comparando-o com a relação mãe e filho. A mãe seria um espaço de amparo e acolhimento tendo a obrigação de cuidar de seu filho. Pautado nesta relação dos serviços de saúde, os autores apontam que os trabalhadores podem ajudar a sua paciente, de modo que se torne responsável pelo desenvolvimento de seus usuários.

Existem algumas etapas no acolhimento, conforme demanda Schneider et al. (2008) apud Vieira (2010, p. 517) que são respeitáveis: “acesso; escuta; diálogo; apoio que estão direcionados a equipe de saúde e quanto ao vínculo envolvendo enfermeiro da unidade junto da equipe de saúde”.

Outros autores do mesmo modo apresentam reflexões sobre a relação de ajuda; mencionando que esta acontece no encontro entre a usuária e o profissional enfermeiro e médico, e sendo através desse encontro que se vai acolher a paciente e estabelecer a base de uma boa relação.

Sendo assim, é importante que a consulta seja um momento de troca e crescimento para as pacientes e enfermeiros. A abordagem tradicional centralizada no profissional, interrogativa, informativa, deve ser trocada por uma relação favorável à construção coletiva de novos conhecimentos, valores, sentimentos e possibilidades práticas na área da saúde sexual, onde o enfermeiro desempenha o papel de facilitador e aos sujeitos da atenção, o de líderes de seu próprio processo.

Para Arruda e Silva (2012) a caracterização do acolhimento ocorre especialmente pela escuta sensível, que conforme a mesma autora, levam-se em conta as preocupações da usuária, desde a sua entrada ao longo do seu acompanhamento pelos profissionais. Assim, acrescenta Espinola que,



[...] a escuta propicia o entendimento do que está ocorrendo com o paciente e demonstra que está se importando com sua dor e interesse em ajudar. É por meio dela que se pratica a humanização favorecendo o bem-estar ao paciente, lembrando que no acolhimento a postura de escuta denota o comprometimento com o usuário.

[...] O acolhimento é uma ação peculiar da classe dos profissionais de enfermagem, os quais desempenham um papel de grande importância no cuidado ao indivíduo na configuração da humanização (ESPINOLA, 2014, p.23).

Ainda para Arruda e Silva (2012, p. 759), a humanização no setor da saúde, refere-se à atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde “comprometidos e corresponsáveis, ocasionando um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades incluindo ainda a organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS”.

E de acordo com o documento de Atenção Básica de Saúde:

[...] O compromisso ético, estético e político da humanização assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade nos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008 apud ARRUDA; SILVA, 2012, p. 759).

Por conseguinte, na concepção de Arruda e Silva (2012, p. 759) essa é a “base sobre a qual toda atenção realizada pela enfermagem deve estar assentada”, ou seja, deverá estar pautada.

Na visão de Matos (2013, p.3) é relevante que o trabalhador tenha o entendimento que o acolhimento “não se resume em uma simples triagem, mas que seja uma ferramenta que não pressupõe, hora nem profissional específico para utilizá-la, mas que tenha uma percepção integral do que é acolher”. Assim, na atenção à humanização no que diz respeito ao acolhimento e à assistência da equipe de enfermagem, o ato omissivo de humanização nos serviços oferecidos dissipa a integração profissional de saúde-sujeito, ocorrência na qual é bastante contemplada pela usuária.

O autor ressalta a importância da relevância de se ter a percepção integral do que é acolher, postulando que Brasil (2006, p. 164) apud Matos, (2013, p.3), isso implica ao trabalhador ficar atento às necessidades dos usuários que buscam o sistema de saúde para juntos elaborarem estratégias minimizadoras e resolutivas dentro da realidade tecnológica empregada.

Segundo Brasil (2008) apud Arruda e Silva (2012), o acolhimento é um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do profissional pelo usuário, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias continuando com a mesma autora, ou seja, fazendo uso da escuta uma ferramenta propiciando uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio da articulação das redes internas dos serviços e redes externas com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Segundo Matos (2013, p. 3), o acolhimento tem como objetivo “proporcionar uma gama de atividades que buscam desenvolver a capacidade individual e coletiva dos trabalhadores, identificando e responsabilizando suas ações”.

Nesse contexto, dentre algumas das dificuldades que impedem as usuárias de buscarem um acompanhamento ginecológico, é essencial que sejam estabelecidos o vínculo e uma relação de confiança. Deve haver uma interação entre os envolvidos na consulta visando a troca, e respeito à privacidade e a forma de ser e se colocar das pessoas. O enfermeiro não deve ter juízos de valores, reprovações, imposições, práticas discriminatórias ou que causem desigualdades. A comunicação sempre deve ser clara e objetiva entre a paciente e o profissional de saúde e as informações abordadas e alicerçadas. O diálogo deve ser a base, o profissional deve ouvir o relato da paciente livre de pré-julgamentos, deve ter ainda, atenção às várias formas de expressão e no acolhimento do que se expressa (ESPINOLA, 2014).

Como passos importantes para o acolhimento por parte do profissional de saúde ao realizar a consulta ginecológica destacam-se as principais habilidades interpessoais que são: o atender, como a comunicação de maneiras não verbais, a disponibilidade e o interesse pelo ajudado; o responder, que é comunicar compreensão pelo ajudado; o personalizar, que é o mostrar ao assistido sua parcela de responsabilidade no seu problema; e por fim, o orientar, que é o avaliar com o auxiliado, as alternativas de ação possíveis e facilitar a escolha de uma delas (BROCA; FERREIRA, 2015).

Portanto, devem-se trabalhar inteiramente com a expressão de valores, sentimentos, conhecimentos, procedimentos, dificuldades e interesses, sendo a escuta profissional um modo imprescindível para que isso aconteça. Esta deve ser acompanhada de troca e reflexão, de forma a favorecer o autocontrole corporal, a

responsabilização e a participação ativa das pacientes alvo de cuidados nas questões e decisões que lhes digam respeito (BROCA; FERREIRA, 2015).

Da mesma forma, é importante levar em conta os efeitos dos espaços físicos no respeito aos direitos e carências das pacientes. As consultas, preferencialmente, devem ser realizadas em um ambiente particular, preparado principalmente para o atendimento à saúde sexual. Para tal, devem-se considerar tanto as particularidades das pacientes a serem atendidas, bem como, a necessidade de ter à disposição tecnologias assistenciais e educativas diversas (BRASIL, 2013a).

A comunicação, a acuidade e a disponibilidade de tempo são de muita importância, durante a consulta ginecológica, com a finalidade de proporcionar uma maior empatia e confiança entre profissional e usuária, além de diminuir a ansiedade, a timidez e a vergonha, colaborando para abordagens que proponham a prevenção do câncer ginecológico (OTANI, 2013).

A consulta ginecológica implica necessariamente a aplicação do processo de enfermagem, que confirma que o enfermeiro determine os diagnósticos de enfermagem e as intervenções correspondentes. A consulta é um procedimento da assistência desenvolvido, baseada em princípios ou pressupostos teórico-filosóficos determinados, empregando metodologia própria e que, compõe a aplicação do processo de atendimento (MOREIRA; SANTOS; LIMA, 2012).

Dessa forma, não se pode avaliar a consulta como atendimentos ou orientações feitas fora da sala de atendimento. O processo acontece em cinco fases seguidas e inter-relacionadas, como o histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, às quais unem as funções intelectuais de solução de problemas, em um empenho para definir as ações (MOREIRA; SANTOS; LIMA, 2012).

Acrescenta ainda Moreira, Santos e Lima (2012) que é por meio da coleta de dados da paciente, feita pelo profissional, que se faz a aplicação do histórico, isto é, logo após, toda a documentação no prontuário da usuária sobre todos os dados obtidos durante a entrevista e o exame ginecológico.

Carvalho et al. (2008) destacam a importância dos registros, pois através dele a equipe de saúde terá os dados sobre a evolução da paciente, assim, facilitando o entendimento entre a equipe de saúde, documentando as ações realizadas com a mesma, testemunhando as ações em processos legais e fornecendo informações para a conduta diagnóstica e terapêutica, servindo também, para a avaliação dos cuidados conferidos e principalmente, como fonte de aprendizagem.

Por fim, importante ressaltar que é indispensável durante o processo de formação do profissional de saúde, o entendimento do seu papel na consulta ginecológica no que se refere à problemática do câncer de colo do útero e de mama e das DST, bem como, sobre a importância do registro correto da consulta para que a paciente tenha uma assistência de qualidade. O compromisso em fazer um registro completo deve ser de todos os profissionais que usam o prontuário, assim como, do acadêmico.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente o estudo apresenta dados contemplando variáveis sociodemográficas específicas das usuárias, sujeitos da pesquisa.

Na análise da caracterização dos sujeitos da pesquisa a idade variou em relação aos dados sobre a faixa etária das usuárias participantes do estudo nos municípios da região Nordeste/MG, Norte/ES e Sul/ES, que respectivamente, mulheres com faixa etária menor que 17 anos, foi de 10%, 6% e 4,5%, entre 17 a 20 anos foi de 20%, 16% e 5%, entre 21 a 25 anos, de 50%, 36,5% e 11%. Na faixa etária de 26 a 35 anos foi 5%, 18% e 28%, entre 36 a 40 anos, de 6%, 12% e 10%, acima de 40 anos, de 9%, 11,5% e 41,5%.

Observa-se então, que a faixa etária que teve maior participação na pesquisa está entre 21 a 25 anos, nos municípios da região Nordeste/MG (50%) e Norte/ES (36,5%), contudo, para os municípios da região Sul/ES, as mulheres acima de 40 anos, apresentaram um alto percentual (41%) de participação. (Tabela 1)

**Tabela 1-** Faixa etária das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES

<b>Idade</b>	<b>Nordeste de MG(%)</b>	<b>Norte do ES(%)</b>	<b>Sul do ES(%)</b>
Menor que 17 anos	10%	6%	4,5%
17 a 20 anos	20%	16%	5%
21 a 25 anos	50%	36,5%	11%
26 a 35 anos	5%	18%	28%
36 a 40 anos	6%	12%	10%
Acima de 40 anos	9%	11,5%	41,5%
<b>Totais</b>	200 pessoas	200 pessoas	200 pessoas

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Segundo Souza, Silva e Pinto (2010), as mulheres com idade mais avançada possuem um conhecimento menor, relativo ao exame citológico do colo uterino, e as mulheres com maior escolaridade apresentam conhecimento mais característico sobre a finalidade do mesmo.

Enfatizam Vale et al. (2010) que o rastreamento para o câncer de colo de útero é predominantemente oportunístico, devido a uma maior adesão ao teste de Papanicolau pelas mulheres mais jovens, uma vez que estas buscam o atendimento

ginecológico por questões como a gravidez e o uso de contraceptivos, não acontecendo com as mulheres mais velhas. Por conseguinte, as ações de investigação ativa da população-alvo conexas ao monitoramento da realização dos exames são fatores que podem colaborar no aumento da cobertura do exame citopatológico, em mulheres acima de 50 anos.

Ressalta-se que no Brasil, o Ministério da Saúde determina a realização do teste de Papanicolau em todas as mulheres que já tiveram relações sexuais, com especial atenção para aquelas com idade entre 25 e 29 anos, buscando o padrão de cobertura de 80%, entretanto, em razão das diferenças loco regionais da população pela sua cultura, é igualmente fundamental que os serviços de saúde proporcionem o acesso ao exame à população adolescente (INCA, 2016).

Quanto ao nível de instrução, os maiores percentuais, apresentados pelas participantes referem-se ao Ensino Superior incompleto (45%) e ao Ensino Médio completo correspondendo a 35%, na região Nordeste de MG. Para a região Norte do ES, observa-se que 47%, possuem o Ensino Médio completo e que na região Sul/ES o percentual de 52% possui o Ensino Médio completo. (Tabela 2)

**Tabela 2-** Nível de escolaridade das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES

Nível de Escolaridade	Nordeste de MG (%)	Norte do ES (%)	Sul do ES (%)
Analfabeto	0%	4%	13%
Ensino Fundamental incompleto	0%	8,5%	17%
Ensino Fundamental completo	10%	2%	3%
Ensino Médio completo	35%	47%	52%
Ensino Superior incompleto	45%	14,5%	2%
Superior completo	10%	24%	13%
Totais	200	200	200

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Neste estudo, como no de Casarin et al. (2011) a maioria tem nível superior. Assegura Oliveira (2016) que há fatores de risco para o câncer de colo uterino, como a idade, considerando que o câncer de colo incide mais a partir dos 35 anos e o risco cresce gradativamente até os 60 anos, quando então, tende a diminuir. O carcinoma *in situ* pode aparecer antes dos 35 anos. Também, o estado civil recebe influência, pois a frequência é acentuada entre as mulheres casadas, seguido das mulheres em

outro estado civil, e das solteiras. Igualmente a vida sexual é fator de risco, pois, pacientes com vida sexual ativa e que tiveram precocemente o início de sua atividade sexual estão expostas a um maior risco, além do não uso frequente de preservativos. A promiscuidade sexual tem incidência do câncer no colo uterino mais elevada entre as mulheres que desempenham atividade sexual com múltiplos parceiros ou quando a mulher é monogâmica, todavia, o parceiro não o é. O nível socioeconômico, visto a baixa condição socioeconômica contribuir para uma maior incidência do câncer de colo de útero, está ainda, relacionado a este fato.

No que se refere à situação habitacional das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG (72%), Norte/ES (69%) e Sul/ES (84%) participantes do estudo, em sua maioria possuem casa própria, com destaque para a região Sul/ES.

**Tabela 3** – Situação habitacional das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo

<b>Situação Habitacional</b>	<b>Nordeste de MG (%)</b>	<b>Norte do ES (%)</b>	<b>Sul do ES (%)</b>
Casa Própria	72%	69%	84%
Casa Alugada	17%	22%	12%
Outra	11%	9%	4%
Totais	200	200	200

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Sabe-se que o câncer do colo do útero afeta as mulheres de menor nível socioeconômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, traçando perfis de morbimortalidade evitáveis e que conjecturam a iniquidade em saúde (INCA, 2015). Assim, as mulheres que têm uma situação econômica próspera, por exemplo possuindo moradia própria, tem mais condições de acesso aos serviços de saúde em geral.

No tocante à atividade remunerada exercida pelas usuárias dos municípios da região Nordeste/MG (58%), Norte/ES (48%) e Sul/ES (38%) participantes do estudo, observa-se que trabalham, regularmente, em tempo integral. Subsequentemente observa-se um percentual de usuárias que não exercem atividade remunerada, nos respectivos municípios (36%, 21% e 37%). (Tabela 4)

Conforme a renda total familiar das usuárias, distribuída por região nos municípios das regiões estudadas, observa-se que prepondera a faixa de R\$ 545,00 a R\$ 1.090,00. Na região Nordeste/MG corresponde a 22%, na Norte/ES a 31% e na região Sul/ES a 52%.

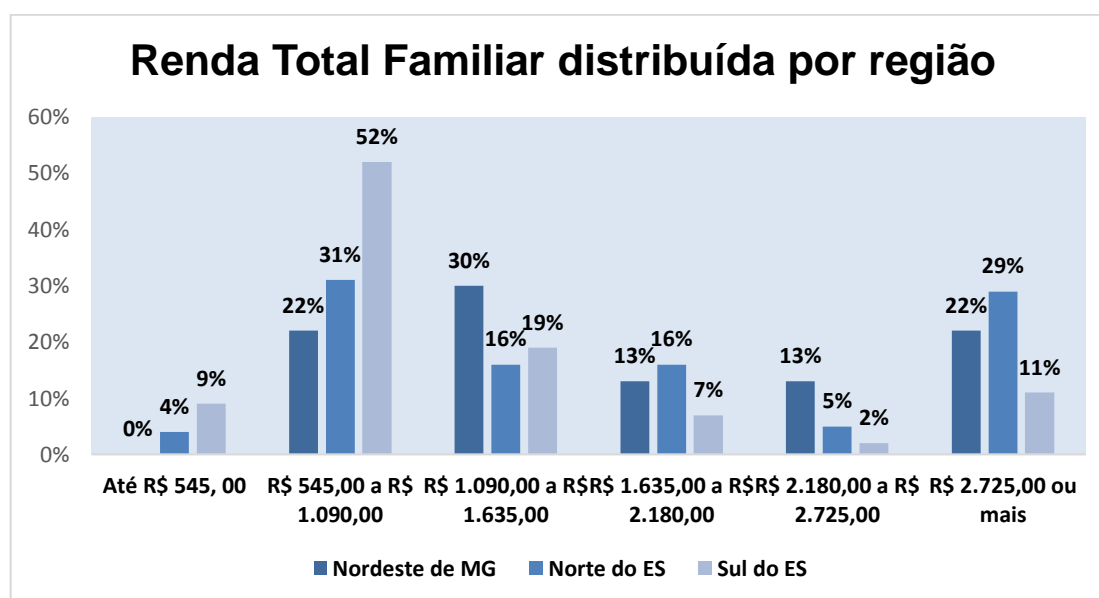
**Tabela 4 – Atividade remunerada das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo**

Você exerce atividade remunerada?	Nordeste de MG (%)	Norte do ES (%)	Sul do ES (%)
Não	36%	21%	37%
Sim, regularmente em tempo parcial	4%	24%	23%
Sim, regularmente, em tempo integral	58%	48%	38%
Sim, mas é trabalho eventual	6%	8%	2%
Totais	200	200	200

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Em seguida observa-se a renda de R\$ 1.090,00 a R\$ 1.635,00, equivalente ao Nordeste/MG (30%), Norte/ES (16%) e Sul/ES (19%).

Também, a renda familiar total de R\$ 2.725,00 ou mais, foi bastante expressiva, com o Norte/ES (29%) sobrepondo-se à renda apresentada em segundo lugar (Norte/ES em 16%). (Gráfico 1)



**Gráfico 1 – Renda total familiar distribuída por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG Norte e Sul/ES participantes do estudo**

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

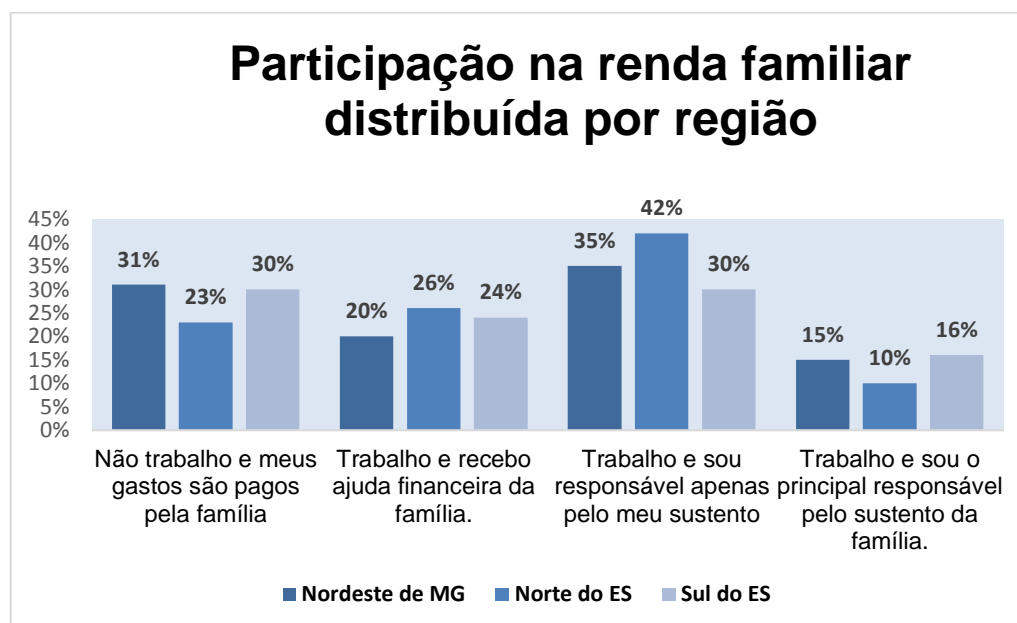
A participação na renda familiar distribuída por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo, ficou bastante equilibrada. (Gráfico 2)

O destaque está no quesito “trabalho e sou responsável apenas pelo meu sustento”, com o Nordeste/MG (35%), o Norte/ES (42%) e o Sul/ES (30%). Em



sequência vem o quesito “não trabalho e meus gastos são pagos pela família” com o Nordeste/MG (31%), o Norte/ES (23%) e o Sul/ES (30%).

Estudos sobre participação de mulheres na renda familiar mostram que uma importante alteração tem ocorrido no campo de trabalho das mulheres brasileiras e que à medida que elas aumentam sua presença, ocorrem alterações em seus papéis, estilo de vida e padrões familiares (CASARIN; PICOLLI, 2011).



**Gráfico 2** – Participação na renda familiar distribuída por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo  
Fonte: Dados da pesquisa (2019)

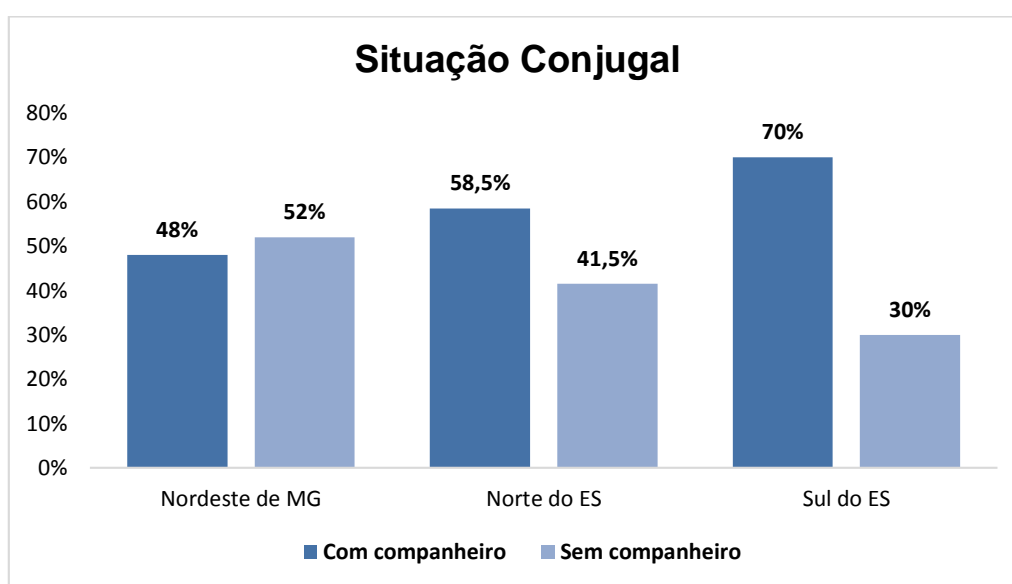
Estudos assinalam a associação entre o câncer de colo uterino e o baixo nível socioeconômico, significando que os grupos mais vulneráveis se encontram onde há barreiras de acesso à rede de serviços de saúde, com vistas à detecção e tratamento da patologia e de suas lesões precursoras (CASARIN; PICOLLI, 2011). Contudo, no estudo realizado, pode-se observar que o nível socioeconômico e mesmo demográfico diferenciou destes estudos. Neste, a faixa etária, o nível de instrução, a situação habitacional, a atividade remunerada, a renda e participação na renda familiar demonstraram um nível socioeconômico e cultural médio.

No que diz respeito à situação conjugal os resultados ficaram equilibrados. (Gráfico 3)

De 100% das mulheres entrevistadas por região, no Nordeste/MG (48%) tem um companheiro e (52%) sem companheiro. Na região Norte/ES, com companheiro

chega-se a 58,5% e sem um companheiro tem-se 41,5%. Na região Sul/ES, o percentual com companheiro demonstra 70%, para 30% sem um companheiro. Portanto, é na região Sul/ES a maior predominância da situação conjugal com um parceiro/companheiro.

A predominância na região Nordeste/MG da situação conjugal sem um companheiro, é fator de risco para o câncer de colo uterino, o que favorece o aumento do índice de morbimortalidade.



**Gráfico 3** – Situação conjugal por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo  
Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Assinala o INCA (2016) que, a multiplicidade de parceiros sexuais é fator de risco para o câncer de colo uterino e conseqüentemente a elevação do índice de morbimortalidade.

Outro ponto investigado refere-se à idade da primeira menstruação. Tanto a região Nordeste/MG, quanto a Morte/ES, não fez nenhuma referência. A região Sul/ES apresentou dados significativos, conforme pode-se observar. Com 8 anos, apenas uma (01) usuária, duas (02) usuárias com 9 anos, seis (06) usuárias com 10 anos, e com 11 anos, dezesseis (16) usuárias. Em uma escala normal, aos 12 anos, trinta e quatro (34) usuárias, bem como, aos 13 anos, vinte (20) usuárias e aos 14 anos, quatorze (14) usuárias e aos 15 anos, sete (07) usuárias, o que também não é muito comum. As demais regiões não informaram os dados.

Ressalta-se que, a primeira menstruação é denominada menarca e ocorre por volta dos 12 anos de idade, entretanto, como não há uma data fixa para vir, algumas meninas podem começar a menstruar aos 8 ou 9 anos, devido a fatores hormonais, ao estilo de vida e à alimentação. A idade de início da puberdade altera e é influenciada por fatores genéticos, ambientais, entre vários outros. Estudos realizados indicam que o início da puberdade tem vindo a ser cada vez mais cedo, sendo um reflexo das melhorias registadas ao nível da nutrição e da saúde. Atualmente, a idade média de aparecimento da menarca é de 12,7 anos (FERREIRA, 2009).

É importante se fazer a investigação sobre a primeira menstruação, do mesmo modo que sobre a iniciação da vida sexual, para um facilitamento de dados que ajudará no conhecimento da situação de saúde da mulher e no seu bem-estar (OLIVEIRA, 2016).

A tabela 5, apresenta dados que auxiliam no conhecimento da situação de saúde e bem-estar das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES.

**Tabela 5** – Dados que auxiliam no conhecimento da situação de saúde e bem-estar das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo

Questões	Nordeste de MG (%)		Norte do ES (%)		Sul do ES (%)	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Vida sexual ativa?	70%	30%	82%	18%	81,5%	18,5%
Você conhece o exame preventivo?	83%	17%	86%	14%	91%	9%
Você sente desconfortável em realizar o exame preventivo?	63%	37%	59%	41%	65%	35%
Participou de alguma palestra de conscientização sobre o exame preventivo?	48,5%	51,5%	43%	57%	53%	47%

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

As entrevistadas em sua maioria (acima de 70%) possuem vida sexual ativa, predominante em todas as regiões. Das mulheres participantes do estudo, o destaque foi para a região Norte do ES, com 82% que têm vida sexual ativa, seguido da região Sul/ES, com 81,5% e 70% na região Nordeste/MG.

Quanto ao conhecimento do exame preventivo, o maior percentual ocorreu nas mulheres do Sul do ES (91%), seguido da região Norte do ES (86%) e da região Nordeste de MG (83%). No que tange a sentir-se desconfortável em realizar o exame

preventivo, responderam que sim (65%) as do Sul do ES, (63%) as do Nordeste de MG e (59%) as do Norte do ES, observando-se que, é bem expressivo também o não se sentir confortável.

Indagadas sobre a participação em alguma palestra de conscientização sobre o exame preventivo, responderam as usuárias que sim na região Sul/ES (53%), no Nordeste/MG (48,5%) e no Norte/ES (43%). Entretanto os resultados apresentaram-se preponderantes, em relação a não terem participado de alguma palestra conscientizadora. Para a não participação em palestras, apresentou-se a região Norte do ES (57%), sobressaindo-se sobre as demais (Nordeste/MG com 51,5% e Sul/ES com 47%).

Corroborando neste sentido, torna-se necessário, uma orientação quanto à sua saúde, assim como, o conhecimento do exame citológico do câncer uterino, e mais ações educativas de orientação, a literatura é liberal em sinalizar que a falta de informação, o conhecimento errôneo ou insuficiente vem estabelecer empecilhos à realização de medidas preventivas para o câncer de colo de útero, como a realização do Papanicolau (RICO; IRIART, 2013).

Além, disso, o baixo nível socioeconômico das usuárias participantes do estudo também contribui para tal situação, pois, à medida que diminui o nível socioeconômico, acresce expressivamente a prevalência de mulheres sem cobertura pelo exame Papanicolau (LUCENA et al., 2011). Igualmente se há maiores informações e também um nível socioeconômico cultural mais elevado se reduz significativamente a prevalência de mulheres sem cobertura do exame Papanicolau.

As usuárias foram solicitadas a assinalar alternativas que esclareçam para que serve o exame preventivo, e alegaram em sua maioria, que o exame ginecológico serve para detectar alterações e doenças no colo do útero (531 usuárias marcaram esta opção), detectar neoplasias intraepiteliais cervicais, também considerado como diagnóstico pré-canceriano (109 usuárias), detectar câncer (91 usuárias), detectar infecções (90 usuárias), detectar doenças sexualmente transmissíveis, como tricomoníase e gonorreia (81 usuárias), detectar HPV (78 usuárias) e detectar inflamações (76 usuárias). Por conseguinte, fica evidente que pela amostragem realizada nas regiões norte do estado de Minas Gerais e norte/sul do estado do Espírito Santo, todas as usuárias têm um bom conhecimento sobre a importância do exame preventivo.

Do mesmo modo, disseram nas diversas opções apresentadas, que se avalia no exame preventivo a detecção da presença de alterações (373 usuárias marcaram esta opção), a existência de pigmentações e secreções (194 usuárias), a existência de lesões (129 usuárias), para analisar a natureza das células (67 usuárias), e a existência de leucorreia (49 usuárias). Isto vem demonstrar o nível de informação e conhecimento apresentados pelas usuárias das regiões supracitadas, confirmando assim, o nível de instrução que predominou no presente estudo, quando observado o nível socioeconômico cultural. É forçoso clarificar que foi dada a possibilidade de apontar mais de uma das alternativas, quantas realmente elas avaliassem indispensáveis.

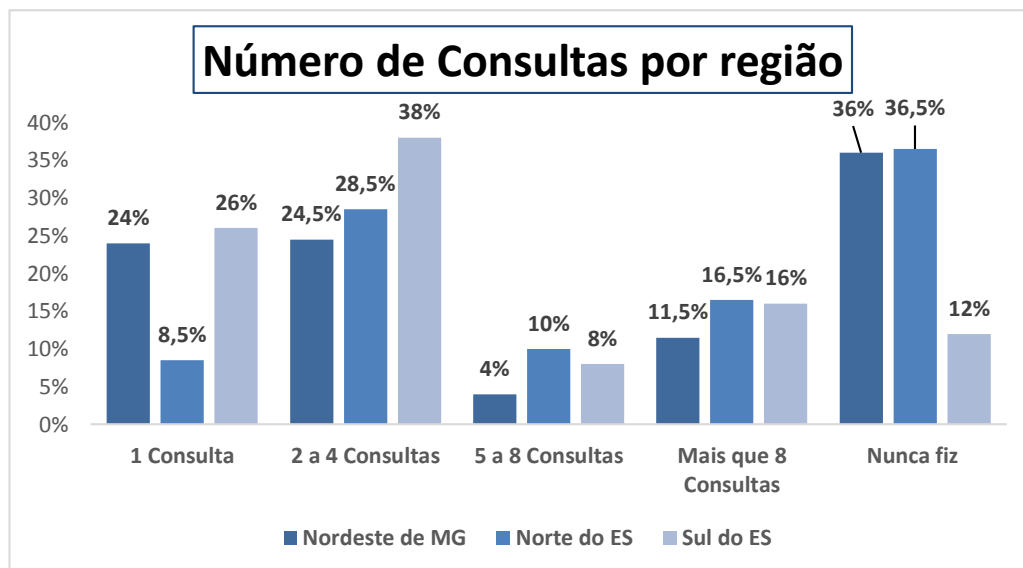
Contudo, a amostragem demonstrada não é o que se expõe ao longo de diversos estudos. Rodrigues, Barbosa e Matos (2013) em estudo de revisão de literatura, objetivando verificar a eficácia do Papanicolau na prevenção da neoplasia de útero e avaliar a cobertura do exame no Brasil, constataram que a taxa de mortalidade pelo câncer do colo do útero ainda se acha elevada, devido à não realização do exame Papanicolau.

Ressaltaram os supracitados autores que, o não acesso ao exame pelas mulheres, ainda é alto, mesmo sendo oferecido em todos os postos de saúde do país. Estudos concluíram que ainda há deficiência na informação sobre o diagnóstico do câncer e o acesso ao diagnóstico para todos, que necessita ser sanada para que haja avanços.

O Ministério da Saúde recomenda a realização do Exame Citopatológico do Colo Uterino na fase pré-clínica ou mesmo sem sintomas, visando detectar lesões precursoras do câncer, visto que diagnosticado na fase inicial, as oportunidades de cura chegam a 100%. No Brasil, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e que vem contemplar ações de prevenção, de educação e de tratamento do câncer cérvico uterino (BRASIL, 2016).

O Gráfico 4, apresenta o número de consultas por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo, o qual prevaleceu de 2 a 4 consultas, com 38% na região Sul/ES, seguido de 28,5% no Norte/ES e de 24,5% no Nordeste/MG. Ainda se observou um acréscimo na região sul/ES (26%) quanto a fazer apenas uma consulta. Contudo, o mais preocupante refere-se aos resultados elevados observados nas regiões Nordeste/MG (36%) e

Norte/ES (36,5%) ao afirmarem que nunca fizeram uma consulta, mesmo possuindo Ensino Médio completo e Ensino Superior completo e incompleto.



**Gráfico 4** – Número de consultas por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo  
Fonte: Dados da pesquisa (2019)

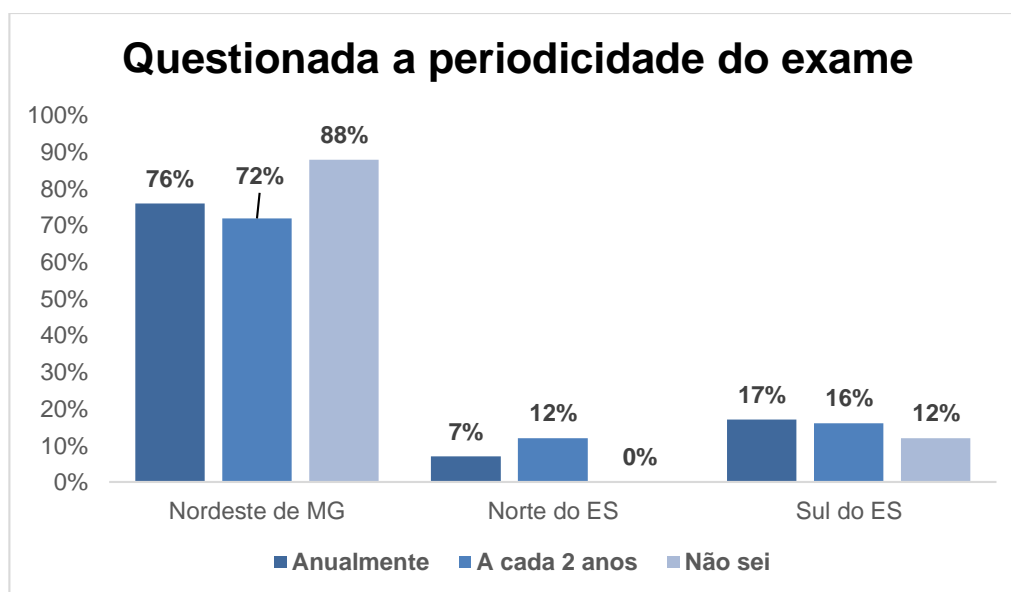
Nesta questão, os estudos de Silveira et al. (2016) demonstraram que nos serviços essenciais, a oferta da citologia oncológica para identificação precoce do CCU é essencial. As estratégias de identificação precoce (prevenção secundária) são o check-up precoce, os quais fazem a abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença e ainda o rastreamento, que é o exame citopatológico do colo do útero. Também conhecido como Papanicolau, esse exame objetiva a identificação das lesões sugestivas de câncer. O rastreamento do CCU baseado na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras, que são as lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma *in situ*, às quais podem ser descobertas e tratadas de modo adequado, vindo a impedir a progressão para o câncer.

O médico é que irá decidir qual a frequência com que deverão ser realizados esses exames, e essa decisão é tomada a partir de dados históricos, idade, fatores de risco, variedades em parceiros sexuais, entre outros (BRASIL, 2016).

Adolescente com menos de 15 anos tem baixo risco de apresentar um câncer de colo uterino, esse risco aumenta dos 20 aos 30 anos. As mulheres acima de 40

anos ainda apresentam riscos e devem estar fazendo continuamente o exame do Papanicolau (OLIVEIRA, 2016).

Quanto à periodicidade da realização do exame (Gráfico 5), as três regiões respectivamente, foram unânimes em afirmar que o exame de Papanicolau deve ser realizado anualmente (Nordeste/MG com 76%; Norte/ES com 72% e o Sul/ES 88%).



**Gráfico 5** – Periodicidade do exame por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo  
Fonte: Dados da pesquisa (2019)

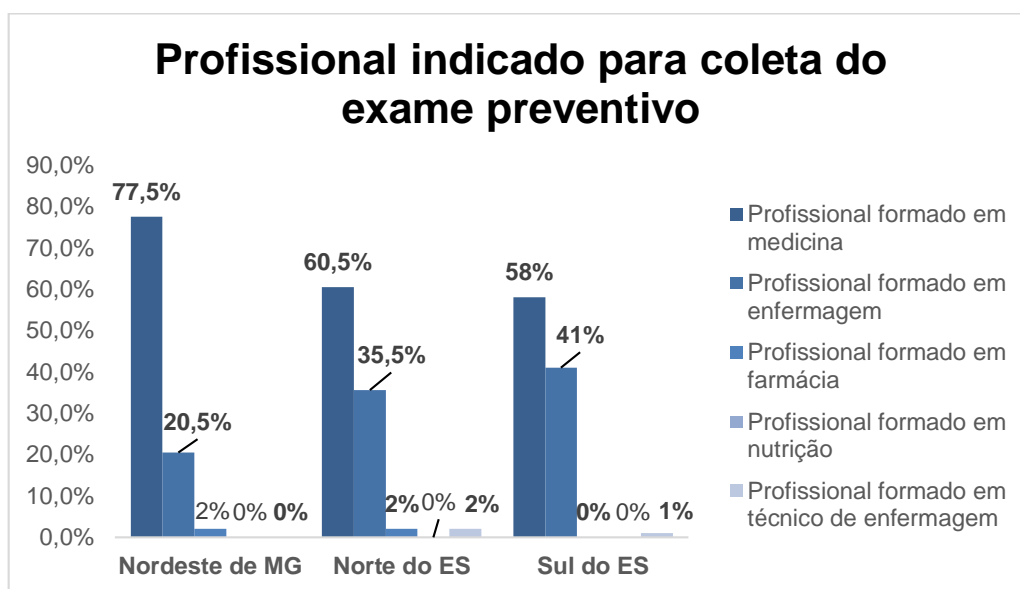
Conforme o Ministério da Saúde, o exame citopatológico do colo do útero é prioritário para as mulheres que já tenham principiado na vida sexual e que nunca tenham feito o exame, especialmente aquelas entre 35 e 49 anos. O exame negativo para câncer deve ser repetido depois de um ano e se permanecer negativo, a nova coleta deve ser efetivada em três anos, no entanto, o exame positivo para câncer, a continuação de seu tratamento penderá de seu resultado em partícula (BRASIL, 2016).

Com estes dados pode-se verificar que as mulheres em sua maioria realizam o exame em sua correta periodicidade. Todavia é conciso investir,

[...] nas mulheres que não realizam o exame ou que não o fazem com um aprazamento correto, sendo fundamental para estas mulheres a adoção por parte do profissional de saúde, de medidas investigativas e educativas, para uma maior adesão desta população ao exame (SOUZA; SILVA; PINTO, 2010, p. 511- 512).

O Gráfico 6, aponta o profissional indicado para coleta do exame preventivo por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo.

Conforme os resultados, o maior percentual nas três regiões refere-se ao profissional formado em medicina respectivamente (77,5%, 60,5% e 58,5%), seguido do profissional formado em enfermagem (20,5%, 35,5% e 41%). O que confirma a preferência pelo (a) médico (a) em detrimento à (ao) enfermeira (o).



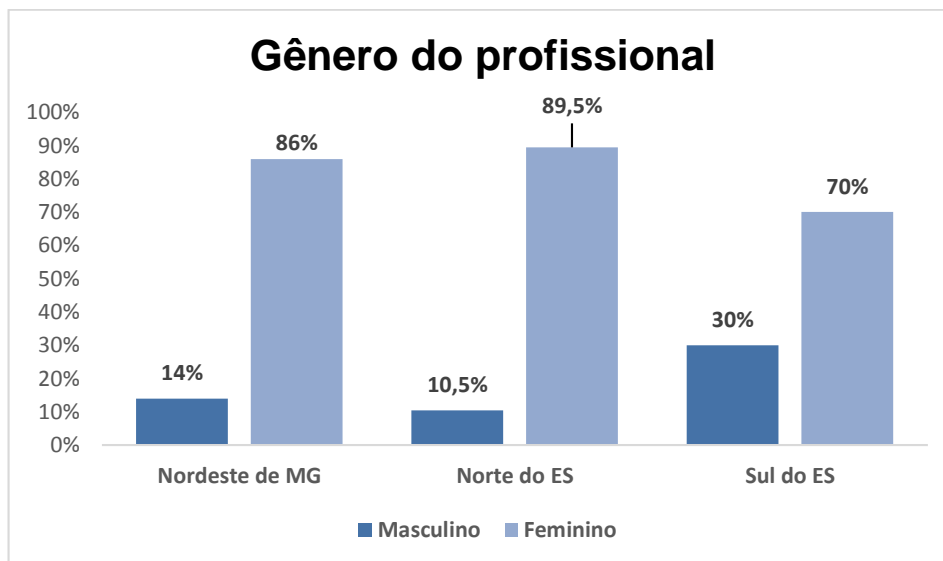
**Gráfico 6** – Profissional indicado para coleta do exame preventivo por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Contudo, pode-se observar que ainda falta um pouco de conhecimento das usuárias participantes, pois assinalaram o profissional em farmácia, em nutrição e ainda, o técnico de enfermagem, profissionais estes que não possuem nenhuma formação e qualificação para tal.

No Gráfico 7, buscou-se conhecer qual gênero do profissional oferecia conforto para as usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES, constatando-se que sem dúvida nenhuma, elas preferem os do sexo feminino respectivamente relacionados a 86%, 89,5% e 70%. O maior percentual observado se encontra na região Norte/ES.





**Gráfico 7** – Gênero do profissional que oferece conforto para as usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo  
Fonte: Dados da pesquisa (2019)

As usuárias participantes do estudo ao assinalarem as opções que as levam a realizar o exame preventivo de colo uterino com o profissional de escolha, alegaram ser pelo respeito na hora do exame, competência profissional e costume com o profissional. Um número bem reduzido assegurou ser indiferente.

Em qual situação as usuárias sentem mais vergonha, em maioria responderam elas que em realizar o exame com profissionais do sexo masculino, da mesma forma divergindo em quantidade muito pequena, que também é realizar o exame com profissionais do sexo feminino. E um grupo muito pequeno disse não ficar com vergonha. É necessário esclarecer que foi dada a possibilidade de marcar mais de uma das alternativas, quantas elas realmente considerassem necessárias.

Os achados de diversos estudos corroboram sobre os fatores que intervêm de modo negativo na realização do exame preventivo de forma regular.

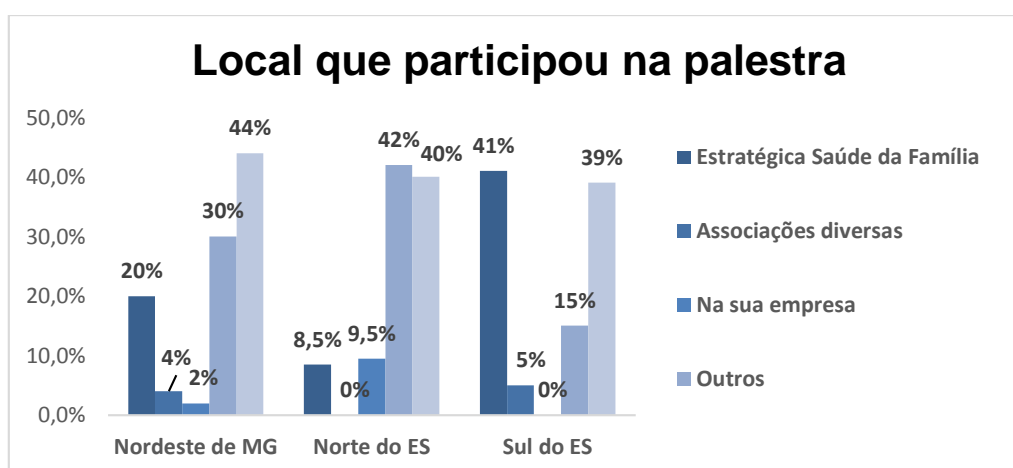
Aguilar e Soares, (2015) asseguram que experiências negativas de maus tratos ou humilhações sofridas durante a realização do exame, anexas à falta de informação sobre o objetivo do Papanicolau e o acesso circunscrito aos serviços de saúde são fatores que cooperam para a revelação por parte das mulheres de sentimentos como vergonha, dor, medo e constrangimento em relação ao exame (ANDRADE et al., 2013), uma vez que os aspectos particulares que abarcam a realização do exame preventivo podem ser decisivos no apoio à rotina de prevenção e cuidado (RICO e IRIART, 2013; DIÓGENES et al., 2011).

Nascimento (2010) enfatiza que a equipe da saúde deve desenvolver atividades de educação em saúde, objetivando prestar esclarecimentos sobre as formas de prevenção do câncer uterino, com a finalidade de conscientizar as mulheres na adoção de atitudes de cuidado com a saúde no seu dia a dia.

Todos os profissionais envolvidos no rastreamento da doença, tanto no SUS ou na saúde suplementar, devem estar caracterizados para distinguir e abordar as questões subjetivas. É imprescindível desenvolver um olhar que aviste além da realização do procedimento para afiançar um atendimento integral às mulheres (AGUILAR; SOARES, 2015).

Nesta acepção, atitudes e posturas dos profissionais de saúde, sagrando a exposição do corpo da mulher e animando a abrandar o medo e a vergonha, podem perpetrar a diferença nestas situações. O acanhamento por ocasião da realização do exame pode bloquear o relaxamento e gerar mais dor, intervindo de modo negativo na realização do exame. Experiências ruins e doloridas separam e desanimam no prosseguimento da rotina de cuidados (RANGEL, LIMA; VARGAS, 2015).

Quando indagadas quanto a participação em palestras de conscientização, positivamente as regiões do estudo responderam já ter participado. Quanto ao local destas palestras (Gráfico 8), dados divergem da normalidade.



**Gráfico 8** – Local de participação na palestra das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo  
Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Predominam nas três regiões (44% no Nordeste/MG, 40% no Norte/ES e 39% no Sul/ES) a falta de orientação deste assunto sob forma de palestra.

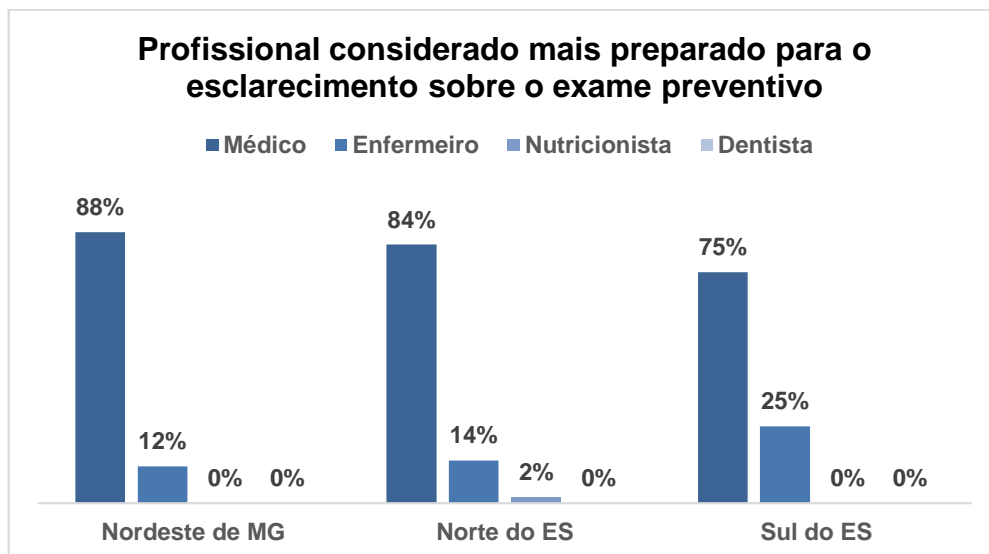
Contudo, segue em alto percentual para outras ações, que provavelmente referem-se à roda de conversas e orientações individualizadas, quando da consulta ginecológica ou para a realização do exame citopatológico de colo de útero., quando se apresenta o norte/ES com 42%. Somente na região Sul/ES é que 41% das usuárias entrevistadas assinalaram que as palestras acontecem pela Estratégia de Saúde da Família.

Corroborando com os estudos que apontam a falta de conhecimento das mulheres em relação ao principal motivo da realização do exame preventivo, este associa-se à prevenção de DST e outras doenças ginecológicas. Este desconhecimento acerca do exame pode comprometer a ida ao serviço de saúde, uma vez que o exame Papanicolau não é associado a uma prática preventiva (INCA, 2015).

Andrade et al (2013) destacam que, esta realidade é notada nas práticas em saúde quando os profissionais priorizam suas orientações no ato de se fazer o teste de Papanicolau, deixando para segundo plano a importância à informação sobre a finalidade do mesmo.

Tal fato associa-se à realização da ação preventiva ao cumprimento de “metas”, tornando esta atividade puramente obrigatória. As principais estratégias de prevenção do câncer de colo uterino no Brasil são a educação em saúde e o rastreamento ou exame do Papanicolau. A primeira é uma medida de prevenção primária que objetiva proporcionar informações a respeito do câncer de colo uterino, compreendendo os esclarecimentos relativos os fatores que o desencadeiam e seu desenvolvimento, bem como, as variáveis de risco como idade precoce para relações sexuais, multiplicidades de parceiros sexuais, gestações precoces, infecções por HPV e DSTs, dentre outras.

Segundo as usuárias, o profissional mais preparado para o esclarecimento sobre o exame preventivo é o médico, especialmente para as residentes no Nordeste/MG. (Gráfico 9)



**Gráfico 9** – Profissional considerado mais preparado para esclarecimentos sobre exame preventivo por região das usuárias dos municípios da região Nordeste/MG, Norte e Sul/ES participantes do estudo  
 Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Entretanto sabe-se que estudos realizados por Pinto (2012) apontaram que o exame realizado pelo enfermeiro, de maneira eficaz, contribui inteiramente na prevenção da doença. Além disso, este profissional pode proporcionar extraordinária contribuição no processo educativo, sendo de sua competência noticiar subsídios à clientela alusiva aos fatores de risco, prevenção e detecção precoce do CCU.

Para as opções que levam as usuárias a retardar o comparecimento ao exame preventivo, tem-se por destaque nas respostas: associação a dor; horários não flexíveis da Unidade Básica de Saúde; falta de estrutura do Centro de Saúde; falta de tempo por ser pilar de sustento familiar; proibição por seu parceiro; longa distância da Unidade Básica de Saúde; falta de treinamento dos profissionais da Atenção Básica para diagnóstico precoce das lesões e por residir em regiões de extrema pobreza. Por fim, e em número altamente reduzido acrescentaram não possuir informações adequadas a respeito do câncer cervical nem acerca da sua prevenção e detecção precoce.

Estudos corroboram neste aspecto, cuja principal barreira relatada pelas mulheres para a realização do exame preventivo é a inserção no mercado de trabalho e a responsabilidade em criar os filhos e sustentar a família. Ainda acrescentam as longas jornadas diárias de trabalho e a sobrecarga do cotidiano, vindo a desestimular

a realização do exame com regularidade (AGUILAR; SOARES, 2015; ANDRADE et al., 2013, RICO; IRIART, 2013; DIÓGENES et al, 2011).

Apontam em estudo, Brito-Silva et al (2014) que a dificuldade no acesso à Atenção Básica está arrolada à dinâmica de atendimento assinalada pela baixa flexibilidade no agendamento de consultas e pela burocratização. Essas restrições cooperam para dificultar e desmotivar a busca do serviço pelas mulheres, delongando a realização do Papanicolau. São vários os fatores que condicionam a busca tardia das mulheres ao atendimento ao câncer de colo uterino.

Ratificam Rangel, Lima e Vargas (2015) que esses fatores estão pertinentes à acessibilidade, na qual se abarcam os problemas na disponibilidade e na integração das ações e serviços; ainda à história de vida; os sentimentos, valores e costumes dessas mulheres, que as distanciam das práticas preventivas. Além dos fatores concernentes à fragilidade dos vínculos constituídos entre as mulheres e os profissionais de saúde, que podem atenuar a capacidade de resposta dos serviços e atrapalhar a continuidade do cuidado.

Estudos do Instituto Nacional do Câncer (2016) apontam que o baixo nível de instrução das mulheres afeta o comprometimento e o cuidado com a própria saúde, colaborando para envolvê-las às mais vulneráveis enfermidades, expostas a um maior risco, por utilizarem com menor frequência os serviços que tendem à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

Por conseguinte, mais do que oferecer o exame isoladamente, faz-se forçoso reconhecer que as mulheres, sobretudo as que estão na fase da adolescência, necessitam de explicações quanto à importância do exame para a detecção precoce do CCU, com informações a respeito da etiologia da doença, situada nos riscos de exposição às DST, inclusive ao HPV. É básico envolvê-las como ator principal no processo educativo que gere melhor qualidade de vida.

Nessa perspectiva, a promoção da saúde está à frente dos cuidados em saúde. Enfatiza-se que as pessoas necessitam ter o ensejo de operar no processo construtivo de estratégias para essa promoção, consistindo em estarem capacitadas, eficazmente, para um controle dos fatores decisivos que influenciam sua saúde (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012).

Leão et al. (2009) realizaram uma pesquisa bibliográfica objetivando compreender as causas que induziam as mulheres a realizarem ou não o exame Papanicolau e quais eram seus sentimentos no momento do exame. Detectaram que

as fundamentais causas para não realização foram: desconhecimento, medo, dificuldade de acesso, ausência de sintomas e vergonha. Já os motivos para realização foram: prevenção, recomendação médica, presença de sintomas, autocuidado, achar importante e possuir vida sexual ativa, concluindo que é necessário a realização de mais campanhas sobre o exame Papanicolau, de modo que as mulheres se conscientizem da importância do exame, realizando-o periodicamente. E no momento da realização do exame, é que os profissionais da saúde devem retirar todas dúvidas, explicando todo o procedimento às mulheres para que estas fiquem mais tranquilas e seguras.

Cruz (2008 apud Guimarães et al., 2012) assegura que há uma dificuldade na adesão das mulheres na prática do exame de Papanicolau. A literatura assinala que, independente do diagnóstico, mais de 80% delas aludem à desmotivação ou vergonha, 60% relatam que os médicos não examinam e, aproximadamente 50% marcam o tempo de espera para a consulta e a demora no agendamento como dificuldades para serem atendidas. Portanto, a prática do exame estar amarrado à iniciativa do médico e à periodicidade da coleta, que é determinada pela procura de consulta em razão de presença de sintomas. Além disso, a maior idade e a menor escolaridade podem estar conexas à não adesão das mulheres ao exame, entretanto, as dificuldades sociais e econômicas podem ser consideradas para o aumento da prática do exame.

É necessário, pois, diante deste cenário, massificar a informação junto às mulheres da faixa etária alvo sobre a finalidade da realização do teste de Papanicolau, sobre a infecção pelo HPV e seus desdobramentos, como também pela periodicidade adequada da realização do exame preventivo. Para Aguilar e Soares, (2015) tem grande valor as campanhas midiáticas, porém, não torna mínimo a responsabilidade do profissional de saúde em efetivar um atendimento humanizado, com abordagem educativa e compreensiva durante as consultas, de forma que considere o processo saúde-doença que envolve o câncer, os sentimentos da mulher em relação ao exame e a situação socioeconômica e cultural das mesmas.

Para tanto, ações educativas devem ser implementadas nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios que compuseram a pesquisa, em conformidade com a proposta da Estratégia de Saúde da Família, adotando um modelo de assistência que se destine eficazmente à ações preventivas e de promoção da saúde das usuárias, das comunidades e de suas famílias, em consonância aos princípios da educação em

saúde, devendo, pois serem reorganizadas e ajustadas para o fortalecimento da atenção à saúde, enfatizando a integralidade da assistência, o tratamento do mulher como parte integrada ao domicílio, à família e à comunidade (MOURA; NOGUEIRA, 2013).

### 3.1 PROPOSTA DE MATERIAL EDUCATIVO

Ao se analisar o conhecimento da amostra sobre colo uterino, com enfoque para o câncer de colo de útero, suas características, classificação e cuidados, como também, diagnóstico, tratamento e técnica da coleta do exame e as novas pesquisas vacina sobre o HPV e a vacina. Além das, dificuldades enfrentadas pela mulher na realização da consulta ginecológica, modos de transmissão e autocuidado, foi possível observar que um percentual significativo possui pouca informação ou completo desconhecimento sobre a doença.

Neste estudo, optou-se então, por propor às autoridades municipais um plano de intervenção mais efetivo, que vá de encontro aos objetivos do Ministério da Saúde, pelas políticas de estado e associado às políticas de governo, por meio de seus programas de assistência à mulher, para juntos desenvolver ações que visem melhorar o problema da baixa adesão ao exame preventivo do câncer cérvico-uterino.

Deste modo, foi proposto um folder educativo, à população a qual é destinada, informando sobre a doença, fatores de risco, prevenção e o Exame Papanicolau (Apêndice C).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desse estudo, foi possível conhecer um pouco sobre o alarmante e preocupante cenário que envolve o câncer de colo de útero, doença essa que, apesar de ser passível de prevenção, apresenta atualmente um grave problema de saúde pública, não somente no Brasil, mas mundialmente, o que torna possível valorizar nesse contexto, a produção de estudos e de discussões ao redor da temática, de forma a contribuir para a mudança de tal situação.

É imprescindível que tanto a população das três regiões de fronteira, com o conhecimento dos recursos financeiros que cada município recebe, invista ainda mais em saúde pública, deixando claro aos profissionais de saúde que tenham em mente, que o diagnóstico precoce da doença pode aumentar a perspectiva de cura. E que nesse entendimento resulte uma ampliação da aderência ao tratamento e possivelmente, redução de maiores danos à saúde de cada usuária. Além, do fato, de que os gastos com prevenção são expressivamente baixos a gastos com o tratamento da doença.

O estudo sobre o conhecimento das mulheres em relação ao exame citopatológico de colo uterino em municípios de fronteira buscou verificar o nível de conhecimento de um grupo de mulheres residentes em municípios de fronteira, e tendo como problemática de que forma a falta de conhecimento dessas mulheres pode interferir na realização do exame citopatológico de colo uterino, chega-se à conclusão de que é necessário, diante deste panorama, massificar o conhecimento junto às mulheres da faixa etária alvo sobre os objetivos da realização do teste de Papanicolau, sobre a infecção pelo HPV e seus desdobramentos, e igualmente pela periodicidade adequada da realização do exame preventivo.

Ao se verificar o nível de conhecimento de um grupo de mulheres residentes em municípios de fronteira em relação exame citopatológico de colo uterino constatou-se que o objetivo foi alcançado. Igualmente, verificou-se que estas nem sempre estão em dia com o exame referido; apontando que questões culturais têm interferido na aceitabilidade deste exame. Ao analisar as variações de conhecimento e aceitação do exame nas mesmas, propõem-se ações com material educativo em um plano de intervenção que visem melhorar o problema da baixa adesão ao exame preventivo do câncer cérvico-uterino.



O estudo revelou que a adesão das mulheres ao Exame Preventivo de Câncer de Colo de Útero ainda se caracteriza como um desafio para os profissionais de saúde, em especial, nas regiões Nordeste de Minas Gerais e Norte/ES. Na região Sul/ES os resultados se mostraram mais promissores, no entanto ainda não se apresentam como ideal.

Ficou evidenciado ainda que, com um nível socioeconômico cultural, com elevado nível de escolaridade, conhecimento das necessidades e informações básicas do CCU, as usuárias mesmo assim, ainda retardam o comparecimento ao exame preventivo, por medo associado a dor; devido aos horários não flexíveis da Unidade Básica de Saúde; pela falta de estrutura do Centro de Saúde; bem como pela falta de tempo por ser pilar de sustento familiar. Ainda há a proibição de seus parceiros; como também a longa distância da Unidade Básica de Saúde em especial, nos municípios do nordeste/MG e Norte/ES.

Outro aspecto refere-se à falta de treinamento dos profissionais da Atenção Básica para diagnosticar precocemente as lesões e outros, em minoria neste estudo, mas que merece ser citado, ou seja, por residir em regiões de extrema pobreza. Por fim, e em número altamente reduzido acrescentaram não possuir informações adequadas a respeito do câncer cervical nem acerca da sua prevenção e detecção precoce. O que vem evidenciar a necessidade de se propor planos de intervenção, com ações efetivas que vá de encontro às necessidades das usuárias.

É preciso entender quais são os sentimentos e as expectativas das mulheres a no que se refere ao exame para que a equipe de saúde se aparelhe e planeje ações com a escopo de alargar a adesão das mulheres ao exame. Foi comprovado que a realização do Exame Preventivo é dificultada pelo conhecimento deficiente e muitas vezes equivocado das mulheres sobre o mesmo. Além disso, as entrevistadas também identificaram o exame como um momento carregado de sentimentos como o medo, vergonha e a preocupação.

Espera-se que este trabalho traga algumas contribuições ao trabalho dos profissionais da Saúde, atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do atendimento à saúde, oferecendo uma maior consistência teórica e técnica quanto a um entendimento da mulher quanto ao CCU.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, R.P., SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 359-379, 2015.

ALVES, L.H.S.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto – Enferm.** v.21, n. 2, p. 401- 8, 2012

ANDRADE, S.S.C.; SILVA, F.M.C.; SILVA, M.S.S.; OLIVEIRA, S.H.S.; Leite KNS, Sousa MJ. Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolaou. **Ciências em Saúde Coletiva**. v.18, n.8, p.2301-2310. Disponível em:< [www.http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800014](http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800014)>. Acesso em: 20 dez.2018.

ARAÚJO, C.S.; LUZ, H. A.; RIBEIRO, G. T. F. Exame preventivo de Papanicolaou: percepção das acadêmicas de enfermagem de um centro universitário do interior de Goiás. **Revista Mineira de Enfermagem- REME**. v.15, n.3, 2011. Disponível em:<[www.reme.org.br/artigo/detalhes/48](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/48)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

ARAÚJO, E. N. et al. Prevenção do câncer do colo do útero na visão do enfermeiro da unidade básica de saúde (UBS). **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Barra do Garças: MT, v.1, n.11, p.170-174, 2014. Disponível em:<<http://univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/291>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

ARRUDA, Cecilia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e Vínculo na Humanização do Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, out. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 dez. 2018.

BARBEIRO, F. M. S. et al. Conhecimentos e práticas das mulheres acerca do exame Papanicolau e prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 414-422, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/419/401>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

BERGMAN, A. et al. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Cadernos de Atenção Básica, n. 13. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Primária; n. 29. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2010, p.95.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uteropdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uteropdf)>. Acesso em: 13 jun. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b. 118 p. Disponível em: <[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas\\_incidencia\\_cancer\\_2012.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Caderno de atenção Básica n.13**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2013a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>. Acesso em 13 jun. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rede câncer: câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancercoloutero/site/home/historico\\_programa/historico](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancercoloutero/site/home/historico_programa/historico)>. Acesso em: 04 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Cartilha profissionais de saúde\_MS HPV-2.indd 1**. Brasília, fevereiro, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Atualização 2016.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A.F. B.; CHAVES, L. D.P.; TANAKA, O.Y. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública** [online], v.48, n.2, p.240-248, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000200240&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000200240&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 23 mar.2019.

BROCA, P.V; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. Universidade Federal do Rio de Janeiro: RJ. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**.v.19, n.3, jul-set, p. 467-474, 2015. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0467.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0467.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CAMPANA, A.O. et al. **Investigação científica na área médica**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2001.

CARVALHO, A. I. S. C. et al. Avaliação dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.10, n. 2, p.472-483, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a18.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

CASARIN, M.R; PICCOLI, J.C.E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p. 3925-3932, 2011.

CATAFESTA, G. et al. Consulta de enfermagem ginecológica na Estratégia Saúde da Família. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 85-90, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/32>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

CRESPO, A. **A Estatística Fácil**. 17. ed., São Paulo: Editora Saraiva, 2002.

DIÓGENES, M.A.R, et al. Barreiras a realização periódica do Papanicolaou: estudo com mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev. APS*, v. 14, n.1, p. 12-18, jan/mar. 2011.

ESPINOLA, H.L. **A Equipe da Enfermagem e o Acolhimento ao Paciente: Humanização Hospitalar**. Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar. Centro Universitário de Araraquara – Uniara, 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FERREIRA, J.P. **Pediatria: Diagnósticos e Tratamento**. Artmed Editora, 2009.

GUIMARÃES, R.M. et al. Aplicação de três técnicas para avaliação de tendência de Mortalidade por câncer do colo do útero em série temporal no Brasil, 1980-2009. Rio de Janeiro (RJ). 2009. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v.58 n.3, 2012.

IARC. International Agency for Research on Cancer. **World Health Organization. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence World Wide in 2012**. Globocan, 2012. Disponível em: <[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)>. Acesso em: 12 dez. 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (BRASIL). **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo**. Rio de Janeiro: 2010. 40 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acao\\_reducao\\_cancer\\_colo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_reducao_cancer_colo.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2017.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária. Brasil (Consolidado). **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2016a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=BR>> Acesso em 12 dez. 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer do Colo do Útero: Detecção Precoce**. Rio de Janeiro. 2016b. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce)>. Acesso em: 12 dez. 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **HPV e Câncer**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2016c. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/hpv-cancer-perguntas-mais-frequentes](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/hpv-cancer-perguntas-mais-frequentes)>. Acesso em: 12 dez. 2018.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. 10. ed. Editora Guanabara Koogan S.A., 2004.

LEÃO, M. C. S.; CARVALHO, C. M. R.; FERREIRA, S. S.; TAVARES, P. G. C. C.; FIALHO, A. V. M. Sentimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame Papanicolau. In: VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Teresina-PI, 2009.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA-COSTA, M.F.; TURCI, M.A.; MACINKO, J. Estratégia saúde da família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**.v.29, n.7, p.1370-1380, 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700011>. PMID:23843004>. Acesso em: 12 dez. 2018.

LUCENA, L. T. et al. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Belém do Pará, v. 2, n. 2, p. 45-50, 2011.

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26760.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

MATOS, L. M. A. de. **Acolhimento como Prática de Trabalho para Humanizar a Assistência no PSF**. 2013. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/36642/acolhimento-como-pratica-de-trabalho-para-humanizar-a-assistencia-no-psf#l2>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

MELO, S. C. C. S. et al. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 602, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v30n4/a04v30n4.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta de entrada para saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.); MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 117-160.

MOREIRA, M.S., SANTOS, S.M.C.; LIMA, M.K.C. Consulta de enfermagem no ambulatório de HIV/AIDS: a percepção dos usuários. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n.33, p.52-75, 2012.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A. **Enfermagem e saúde da mulher**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2013.

NASCIMENTO, L. C. Representações sociais da prevenção do câncer de colo cervico-uterino elaboradas por mulheres. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina: 2010, 92f.

OLIVEIRA, S.L.; ALMEIDA A.C.H.A. Percepção das mulheres frente ao exame de Papanicolau: da observação ao atendimento. **Cogitare Enferm.** v. 14, p..518-2526, 2009.

OLIVEIRA, R.G. **Blackbook – Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Nota de orientação da OPAS/OMS. **Prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres**. Washington, DC: OPAS, 2013.

OTANI, M.A.P. Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama. Tese de Doutorado em Ciências Médicas. UNICAMP. Campinas: SP, 2013.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.11, n. 2, p.199 - 206, abr./jun. 2008.

PAULA, A. F., MADEIRA, A. M. F. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.37, n.3, p.88-96, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/11.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

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

PINHO, A. A., FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de papanicolau. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.1, p.95-112, jan./mar, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a12v03n1.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

PINTO, M. R. D. A importância do enfermeiro na realização do exame colpocitológico. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Diamantina, 2012. 29f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUINTÁZ, A. L. **O amor humano: seu sentido e alcance**. Tradução de Ricardo Aníbal Resenbuch. Petrópolis: Vozes, 1995.

RANGEL, G., LIMA, L. D, VARGAS, E. P. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.107, out./dez, 2015.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B.: “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763-1773, 2013.

RODRIGUES, A. M. X.; BARBOSA, M. L.; MATOS, M. D. L. P. Importância do exame papanicolau no diagnóstico precoce de câncer do colo do útero. **Rev. Multiprofissional em Saúde do Hosp. São Marcos**, v. 1, n.1, p. 58-65, 2013.

SANTOS, M. S.; MACÊDO, A. P. N.; LEITE, M. A. G. Percepção de usuárias de uma unidade de saúde da família acerca da prevenção do câncer do colo do útero. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 310-319, 2010. Disponível em:

<<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/672/342>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de mulheres amazônicas sobre o exame Papanicolau: implicações para a saúde da mulher. **Esc. Anna Nery. Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 685-692, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a12.pdf>>. Acesso em 15 mai. 2017.

SILVEIRA, N. S. P. et al. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame colpocitológico e sua relação com a idade feminina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 24 p. 2699, 2016. Disponível em :< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02699.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02699.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SMELTZER, S. C.; BRUNNER, Lilian; SUDDARTH, Doris. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução: Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, v.3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SOARES, M.C. et al. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, p. 502-508, 2011.

SOUZA, D.A; SILVA, J.O; PINTO, N.M.M. Conhecimento e prática das mulheres em relação ao exame citológico do colo uterino. **Revista Enfermagem Integrada**. v.3, n.2, p. 23-31, 2010.

SOUZA, K. R. et al. Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres. **Revista Cuidarte**, Colômbia, v. 6, n. 1, p. 892-9, 2015. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/129/385>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

TEIXEIRA, C. A. B. et al. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. **Revista APS**. Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 16-28, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/148/184>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

VALE, D. B. A. P. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 383-390, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/17.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Revisão integrativa das intervenções de enfermagem utilizadas para detecção precoce do câncer cérvico-uterino. **Revista Latino-Americana**, Fortaleza, v. 19, n. 2, p.1-8, mar. /Abr., 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_28.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_28.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2018.

VIEIRA, M.C. Atuação da Psicologia Hospitalar na Medicina de Urgência e Emergência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo: SP, nov-dez, 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=goo>>



gle&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=567263&indexSearch=ID>. Acesso em: 12 dez. 2018.

ZUCHELLI, C. H.; MATSUMOTO, I. **Acolhimento de Enfermagem para a Paciente na Consulta Ginecológica**. 2008. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/acolhimento-de-enfermagem-para-a-cliente-na-consulta-ginecologica/9966>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

**Estado de residência:** ( ) Nordeste Minas Gerais ( ) Norte Espírito Santo ( ) Sul do Espírito Santo

#### 1. Qual é sua idade?

- ( ) >17 anos.
- ( ) 17 a 20 anos.
- ( ) 21 a 25 anos.
- ( ) 26 a 35 anos.
- ( ) 36 a 40 anos.
- ( ) 41 anos ou mais.

#### 2. Qual é o seu nível de instrução?

- ( ) Analfabeto.
- ( ) Ensino fundamental incompleto.
- ( ) Ensino fundamental completo.
- ( ) Ensino médio completo.
- ( ) Superior incompleto.
- ( ) Superior completo.

#### 3. Qual é a sua situação habitacional?

- ( ) Casa própria.
- ( ) Casa alugada.
- ( ) Outra

#### 4. Você exerce atividade remunerada?

- ( ) Não.
- ( ) Sim, regularmente, em tempo parcial.
- ( ) Sim, regularmente, em tempo integral.
- ( ) Sim, mas é trabalho eventual.

#### 5. Qual é sua participação na vida econômica da família?

- ( ) Não trabalho e meus gastos são pagos pela família.
- ( ) Trabalho e recebo ajuda financeira da família.
- ( ) Trabalho e sou responsável apenas pelo meu sustento.

Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família.

**6. Qual é a renda total mensal de sua família?**

- até R\$ 545,00
- R\$ 545,00 a R\$ 1.090,00
- R\$ 1.090,00 a R\$ 1.635,00
- R\$ 1.635,00 a R\$ 2.180,00
- R\$ 2.180,00 a R\$ 2.725,00
- R\$ 2.725,00 ou mais

**7. Qual a sua situação conjugal?**

- Com companheiro
- Sem companheiro

**8. Qual a idade da primeira menstruação? \_\_\_\_\_**

**9. Vida sexual ativa?**  Sim  Não

**10. Você conhece o exame preventivo?**  Sim  Não

**11. Para que serve o exame preventivo?**

- Exame ginecológico que serve para detectar alterações e doenças no colo do útero
- Detectar inflamações
- Detectar HPV
- Detectar câncer
- Detectar infecções
- Detectar neoplasias intraepiteliais cervicais, também considerado como diagnóstico pré-canceriano
- Detectar doenças sexualmente transmissíveis, como tricomoníase e gonorreia

**12. O que se avalia no exame preventivo?**

- Existência de lesões
- Existência de leucorreia
- Existência de pigmentações e secreções
- Detectar a presença de alterações
- Analisar a natureza das células

**13. Quantas consultas deste exame você já fez?**

- 1 Consulta
- 2 a 4 Consultas
- 5 a 8 Consultas

Mais que 8 Consultas

Nunca fiz

**14. Com qual periodicidade deverá ser feito o exame?**

Anualmente

A cada 2 anos

Não sei

**15. Com qual profissional da saúde você prefere que faça a coleta material para o exame citopatológico de colo uterino (exame preventivo)?**

Profissional formado em medicina

Profissional formado em enfermagem

Profissional formado em farmácia

Profissional formado em nutrição

Profissional formado em técnico de enfermagem

**16. Qual o gênero do profissional lhe oferece mais conforto?**

Masculino

Feminino

**17. Assinale com X as opções que te levam a realizar o exame preventivo de colo uterino com o profissional de escolha.**

Competência profissional

Respeito na hora do exame

Indiferente

Costume com o profissional

**18. Você sente desconfortável em realizar o exame preventivo?**

Sim  Não

**19. Em qual situação você sente mais vergonha?**

Realizar o exame com profissionais do sexo masculino

Realizar o exame com profissionais do sexo feminino

Fico vergonhosa com profissionais do sexo feminino e masculino

Não fico com vergonha

**20. Você já participou de alguma palestra de conscientização sobre o exame preventivo?**

Sim  Não

**21. Em qual lugar você participou da palestra?**

Estratégica Saúde da Família

- Associação diversas
- Na sua empresa
- Outros
- Nunca foi orientada sobre este assunto em palestras

**22. Qual profissional você considera mais preparado para esclarecer sobre este assunto?**

- Médico
- Enfermeiro
- Nutricionista
- Dentista

**23. Assinale com X as opções que te levam a retardar ao comparecimento ao exame preventivo.**

- Associação a dor
- Proibida por seu parceiro
- Por residir em regiões de extrema pobreza, não possui informações adequadas a respeito do câncer cervical nem acerca da sua prevenção e detecção precoce
- Falta de tempo por ser pilar de sustento familiar
- Longa distância da Unidade Básica de Saúde
- Horários não flexíveis da Unidade Básica de Saúde
- Falta de estrutura do Centro de Saúde
- Falta de treinamento dos profissionais da Atenção Básica para diagnóstico precoce das lesões

**APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa para Trabalho de conclusão de curso de mestrado e para publicação de um artigo científico. O objetivo é elaborar uma pesquisa sobre **“O Conhecimento das mulheres em relação ao exame citopatológico de colo uterino em municípios de fronteira”**. Sua participação é completamente voluntária, não existindo nenhuma forma de remuneração para sua participação. Se você concorda em participar do trabalho, basta apenas responder um questionário padronizado que se encontra logo abaixo. Assim peço sua colaboração de ser o mais fidedigno possível em suas respostas. Os resultados serão utilizados para elaboração do trabalho de conclusão de Curso de Mestrado e para publicação de um artigo científico. Todos os questionários utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, poderá contatar a Estudante Sara Castilholi Tiradentes Ramalho (saracastilholi@hotmail.com) ou Prof. Orientador Dr. Daniel Rodrigues Silva, por e-mail (omfvc@hotmail.com).

(  ) Concordo

(  ) Não concordo

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

Nome do (a) entrevistado (a): \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – FOLDER INFORMATIVO SOBRE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

**Projeto de Extensão Social: PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

<b>1) O que é o colo do útero?</b>		<b>6) O que é o exame preventivo?</b>	
<p>É a parte do útero localizada dentro da vagina.</p>		<p>É a coleta da secreção do colo do útero, utilizando espátula e escovinha. O material é colocado em uma lâmina de vidro para ser examinado posteriormente num microscópio.</p>	
<b>2) O que é o câncer de colo de útero?</b>	<b>7) O exame dói?</b>		
<p>O câncer do colo de útero é o crescimento anormal de células do colo do útero. Quando as células de uma determinada parte do corpo crescem de forma anormal, desenvolve o câncer.</p>	<p>O preventivo é simples e rápido. Pode provocar um rápido desconforto, o qual diminui se a mulher conseguir relaxar. As mulheres grávidas também podem fazer o preventivo.</p>		
<b>3) Qual é a causa do câncer de colo de útero?</b>	<b>8) Quem deve fazer o exame preventivo?</b>		
<p>A principal causa é a infecção por alguns tipos de vírus chamados de Papilomavirus Humano (HPV).</p>	<p>Todas as mulheres que têm ou já tiveram atividade sexual.</p>		
<b>4) Quais os fatores de risco que ocasionam o câncer de colo de útero?</b>	<b>9) As mulheres virgens também devem ser examinadas?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O principal fator é a infecção por HPV, mas nem toda a mulher portadora irá desenvolver o câncer de colo de útero;</li> <li>• Início precoce da atividade sexual;</li> <li>• Número de parceiros;</li> <li>• Hábito de fumar;</li> <li>• Sistema imunológico suprimido, devido ao uso de corticóides sistêmicos, transplantes ou terapias para outros tumores ou AIDS.</li> </ul>	<p>Sim, a partir dos 18 anos, mas deve ser avisado o médico ANTES da realização, porque existem diversas técnicas que permitem o exame em mulheres virgens.</p>		
<b>5) Como pode ser descoberto o câncer de colo de útero?</b>	<b>10) E se o resultado der alguma alteração?</b>		
<p>Fazendo o exame preventivo, conhecido pelo nome de exame de Papanicolaou. As lesões que precedem o câncer de colo de útero não tem sintomas, mas podem ser descobertas por meio do exame de Papanicolaou.</p>	<p>O médico deverá encaminhar a mulher para a realização de outro exame mais detalhado. Caso seja necessário, será feito um tratamento.</p>		
<b>Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura são de 100%.</b>	<b>11) Com que frequência deve ser feito o exame?</b>		
	<p>Caso o exame não tenha apresentado qualquer alteração, a mulher deve fazer o preventivo uma vez por ano. Se novamente não houver alteração, o exame poderá ser realizado de três em três anos.</p>		
	<b>12) Onde fazer o exame?</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultório Médico, com seu médico ginecologista de confiança;</li> <li>- Unidade Básica do Sistema Único de Saúde (SUS)</li> <li>- Liga Feminina de Combate ao Câncer de sua cidade.</li> </ul>		

## APÊNDICE D – PROJETO DE INTERVENÇÃO



**DE MÃOS DADAS NA PREVENÇÃO...**



## **1 INTRODUÇÃO**

Após a realização de um estudo sobre o conhecimento das mulheres em relação ao exame citopatológico de colo uterino em municípios de fronteira de abrangência da ESF de municípios do Norte/Sul do Espírito Santo e Nordeste de Minas Gerais, propõe-se um plano de intervenção para a prevenção da saúde da mulher.

Após a realização do diagnóstico situacional, os principais problemas indicados nas entrevistas realizadas com as usuárias em UBS e demais locais das comunidades foram constatadas ainda que estas apresentem um nível de instrução de nível médio e superior, ainda falta conhecimento sobre o CCU, tendo baixa adesão ao exame preventivo do câncer de colo do útero.

Muitas dessas pessoas não possuem conhecimento sobre a doença e as complicações causadas por ela, sendo importante ações de educação em saúde, a fim de esclarecer sobre a doença, sintomas e prevenção, principalmente entre as populações com menor acesso aos serviços de saúde e de informação. Os nós críticos apontados originaram a busca de conhecimento em relação ao exame preventivo do câncer cérvico uterino, com vistas à melhoria da baixa adesão. Os principais nós críticos identificados na realização da prevenção ao câncer de útero, que se concretiza pela realização do exame de Papanicolau foram: nível de informação da população e questões socioculturais, falta de monitoramento das mulheres para a coleta do exame preventivo, baixa oferta de coletas do Papanicolau, oferta de consultas médicas para as mulheres, falta de informação da equipe em relação a importância do exame Papanicolau e as consequências da não adesão, além do medo, vergonha, sentimento de desconforto em realizar o exame preventivo.

## **2 OBJETIVO**

Realizar um trabalho de divulgação no processo de conscientização da população alvo, no sentido de levar informações, descrevendo os sintomas, fatores de risco, tratamentos e medidas de prevenção do câncer do colo de útero.

### **3 PÚBLICO ALVO**

Usuárias das Unidades Básicas de Saúde e comunidade em geral  
Profissionais de Saúde (Médicos, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde).

### **4 JUSTIFICATIVA**

Este plano de intervenção justifica-se devido às opções que levam as usuárias a delongar o comparecimento ao exame preventivo, que tem por ênfase associação a dor; horários não flexíveis da Unidade Básica de Saúde; falta de estrutura do Centro de Saúde; falta de tempo por ser pilar de sustento familiar; proibição por seu parceiro; longa distância da Unidade Básica de Saúde; falta de treinamento dos profissionais da Atenção Básica para diagnóstico precoce das lesões e por residir em regiões de extrema pobreza. Por fim, e em número altamente reduzido acrescentaram não possuir informações adequadas a respeito do câncer do colo de útero, nem acerca da sua prevenção e detecção precoce.

Como os casos de CCU vem crescendo, é situação preocupante tanto para a saúde quanto para a população, que necessita de estar se conscientizado da gravidade da doença, quando não tratada em fase precoce.

Nesse contexto, espera-se que este projeto de intervenção contribua com o conhecimento da população feminina, bem como da saúde em geral, em um trabalho de sensibilização, sobre a importância de se conhecer mais sobre a doença, prevenção e cuidados.

### **5 LOCAL DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO**

O projeto será desenvolvido nas UBS, situada nos municípios que compõem as regiões Norte/Sul do ES E Nordeste/MG e ainda, nas rádios locais AM e FM.

### **6 AÇÕES**

Serão realizadas palestras com as usuárias participantes do Programa Saúde da Mulher, mediante distribuição de folder informativo;

Utilização da grade de programação de **Rádio AM e/ou FM** para educação em saúde que envolva toda comunidade e os Servidores do ESF e dos Centros de Saúde locais.

## **7 RECURSOS**

### **7.1 Humanos**

Profissionais de Saúde em geral

### **7.2 Materiais**

Material impresso (Folder)

Rádio AM e/ou FM

## **8 PERÍODO**

Segundo Semestre de 2019

São Mateus, de abril de 2019.

---

Dr. Daniel Rodrigues Silva

Professor responsável pelo projeto, orientador do Mestrado Profissional em Ciência,  
Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré

---

Sara Castilholi Tiradentes Ramalho

Enfermeira, estudante do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação  
da Faculdade Vale do Cricaré

**APÊNDICE D****PROPOSTA DE OFÍCIO ÀS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE  
DE MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO**

Ofício Circular nº /2019

São Mateus, de abril de 2019

A Sua Excelência, o Senhor (a) Secretário (a) Municipal de Saúde de Minas Gerais/Espírito, **c/v** ao Secretário (a) Estadual de Saúde de Minas Gerais/Espírito Santo

**Assunto: Campanha sobre Orientação ao Exame Citopatológico de Colo Uterino**

Senhor (a) Secretário (a),

Estudo realizado pela mestrandia da Faculdade Vale do Cricaré, Sara Castilholi Tiradentes Ramalho, sob a orientação do professor Dr. Daniel Rodrigues Silva, nas regiões Norte e Sul do Espírito Santo e Nordeste de Minas Gerais, constatou que uma parcela significativa da população desconhece a importância do exame citopatológico de colo uterino para prevenção de câncer cervical. Também foi observado que somente uma pequena parcela teve acesso a ações educativas nas unidades de saúde, associações.

Diante de tal quadro, vimos por meio deste ressaltar a importância de as Unidades Básicas de Saúde desenvolverem ações educativas sobre o tema, a fim de orientar sobre os casos da doença, levando-se em conta que quanto maior o conhecimento, mais serão as chances de controle e melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, de gastos do sistema de saúde.

Em anexo, segue cópia do estudo, bem como modelo de folder para possível campanha e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e contribuições para a dinamização de ações que possam ser desenvolvidas.

Certos de contarmos com a sua participação, reiteramos votos de protestos e consideração.

Atenciosamente,

---

Dr. Daniel Rodrigues Silva

Professor responsável pelo projeto, orientador do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré

---

Sara Castilholi Tiradentes Ramalho

Enfermeira, estudante do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré

**PROPOSTA DE OFÍCIO AO CONSELHO REGIONAL DE  
ENFERMAGEM DOS ESTADOS DE MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO**

Ofício Circular nº /2019

São Mateus, de abril de 2019

Ao Dr.

Presidente do Conselho Regional de Nutrição de Minas Gerais/Espírito Santo

**Assunto: Valorização do Profissional Enfermeiro**

Senhor Presidente,

Estudo realizado pela mestranda da Faculdade Vale do Cricaré, Sara Castilholi Tiradentes Ramalho, sob a orientação do professor Dr. Daniel Rodrigues Silva, nas regiões Norte/Sul do Espírito Santo e Nordeste de Minas Gerais, constatou que uma parcela significativa da população desconhece os riscos e sintomas, tratamento e controle da doença. Também foi observado que somente uma pequena parcela tem acesso a ações educativas do exame citopatológico de colo uterino para prevenção de câncer cervical, além do mais não reconhece o profissional de enfermagem como essencial no exame Papanicolau.

Para tanto, sugerimos que o tema seja tratado nos jornais e publicações voltadas aos enfermeiros, alertando-os dos riscos e estratégias de gerenciamento de risco.

Em anexo, segue cópia do estudo, bem como modelo de folder para possível campanha e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e contribuições para a dinamização de ações que possam ser desenvolvidas.

Atenciosamente,

---

Dr. Daniel Rodrigues Silva

Professor responsável pelo projeto, orientador do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré

---

Sara Castilholi Tiradentes Ramalho

Enfermeira, estudante do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré