

Este exemplar corresponde à versão final da
dissertação de mestrado, apresentada ao Cur
so de Pós-Graduação em Tocoginecologia da
FCM/UNICAMP, para obtenção do título de mes
tre.

Campinas, 06 de novembro de 1996.

PROFA. DRA. ELLEN ELIZABETH HARDY
ORIENTADORA *Ellen Hardy*

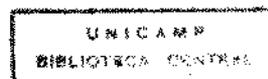
SYLVIA MICHELINA FERNANDES BRENNA

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO
EXAME DE PAPANICOLAOU EM MULHERES COM
NEOPLASIA CERVICAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
APRESENTADA À FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CAMPINAS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO
DE MESTRE EM MEDICINA NA ÁREA DE
TOCOGINECOLOGIA**

**ORIENTADOR: PROF^a DR^a ELLEN E. HARDY
CO-ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ CARLOS ZEFERINO**

**UNICAMP
1996**



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	F. Unicamp
	B.75 c
V.	Ex
TOMBO BC/	29424
PROC.	281197
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	84,11,00
DATA	16/01/97
N.º CPD	

CM-00096728-7

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

B75c

Brenna, Sylvia Michelina Fernandes

Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com neoplasia cervical / Sylvia Michelina Fernandes Brenna. Campinas, SP : [s.n.], 1996.

Orientadores : Ellen Elizabeth Hardy, Luiz Carlos Zeferino

Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Colo uterino - Câncer. 2. Câncer - prevenção e controle. 3. Serviços de Saúde para mulher. I. Hardy, Ellen Elizabeth. II. Zeferino, Luiz Carlos. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

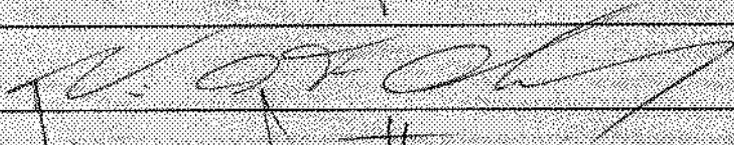
Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Aluna: Sylvia Michelina Fernandes Brenna

Orientador: Profª Drª Ellen E. Hardy

Membros:

1. *Ellen Hardy*

2. 

3. *Isaque Lavetta*

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

Dedico esta pesquisa...

Às mulheres que possibilitaram este estudo e, às tantas outras, portadoras de neoplasia invasora cérvico-uterina, que não puderam ser curadas.

Fragilidade

Este verso, apenas um arabesco

em torno de elemento essencial - inatingível.

Fogem nuvens de verão, passam aves, navios, ondas,

e teu rosto é quase um espelho onde brinca o incerto movimento, ai!

já brincou, e tudo se fez imóvel, quantidades e quantidades de sono

se depositam sobre a terra esfacelada.

Não mais o desejo de explicar, e múltiplas palavras em feixe

subindo, e o espírito que escolhe, o olho que visita, a música feita

de depurações e depurações, a delicada modelagem de um cristal

de mil suspiros límpidos e fugidos: não mais que um arabesco,

apenas um arabesco abraça as coisas, sem reduzi-las.

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores e amigos **Ellen Hardy** e **Luiz Carlos**

Zeferino - o meu maior respeito.

Que a doce imagem vossa inda memora

Saudosa a mente e o paternal desvelo

Com que me heis ensinado de hora em hora

Como o homem faz-se eternamente belo

Enquanto eu vivo for, agradecido

Ao mundo bem patente hei de fazê-lo

Dante Alighieri

Ao **Prof. Dr. Aníbal Faúndes e Prof. Dr. José Guilherme Cecatti**, caros professores, que ensinaram-me com seus conhecimentos e experiências. Seus incentivos e orientações muito contribuíram para o término desta pesquisa.

Ao **Prof. Corintio Mariani Neto**, diretor do HMLMB, pelo crédito em minha capacidade profissional.

Ao **Valdir Tadini**, amigo e diretor de divisão médica do HMLMB, pelas oportunidades que me proporcionou, entre elas a de ser pós-graduanda e a de trabalhar com oncologia ginecológica.

Aos amigos **Maurício de Sena Martins, Márcia Maria Auxiliadora de Aquino e Cecília Rotelli Martins**, pelo incentivo e companheirismo durante as viagens à Barão Geraldo.

À residente **Yara Brogin Baldocini Namura**, pela participação na coleta de dados e revisão bibliográfica desta pesquisa.

Ao **Reinaldo Cúrsio**, profissional do Serviço de Processamento de Dados do CAISM, que viabilizou a análise dos dados.

Ao **Jorge B. Amarante, Bruno M. Nerici e Djalma Fuzinato**, pelas orientações de informática e ao **Romildo Negrizoli**, pela correção gramatical

À instituição **CEMICAMP** e aos seus **funcionários**, pelo que realizaram de forma direta ou indireta, tornando mais fácil o término deste estudo.

À **equipe de enfermagem** dos ambulatórios do HMLMB, pela paciência e colaboração durante a coleta dos dados.

Às **funcionárias da diretoria** do HMLMB, pelo incentivo durante o período da pós-graduação.

E por último, com especial carinho, agradeço ao **Laércio Brenna**, meu amado esposo, companheiro e amigo. Seu incentivo e paciência foram importantes durante os momentos mais difíceis.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	i
RESUMO	ii
01. INTRODUÇÃO	01
02. OBJETIVOS	13
03. SUJEITOS E MÉTODOS	14
04. RESULTADOS	22
05. DISCUSSÃO	33
06. CONCLUSÕES	49
07. ANEXOS	50
08. SUMMARY	61
09. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

LISTA DE ABREVIATURAS

i

HMLMB	- Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPS	- Organização Pan-americana da Saúde
NIC	- Neoplasia Intra-epitelial Cervical
IARC	- International Agency for Research on Cancer
WHO	- World Health Organization
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas
p	- Valor de significância estatística
coef.	- Coeficiente de correlação
SPSS/PC	- Statistical Package for Social Sciences/ Personal Computers
EPI INFO	- Epidemiology Information
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

RESUMO

O câncer cérvico-uterino apresenta altas taxas de mortalidade no Brasil, apesar dos programas para controle da doença. O objetivo dessa pesquisa foi analisar o conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com neoplasia cervical e os fatores sócio-demográficos, dificuldades para consultar e a qualidade do atendimento, para entender porquê algumas pacientes não realizavam periodicamente este exame. Esse estudo foi descritivo, associado a inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) e realizado no Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, Secretaria de Estado da Saúde, SP; com pacientes diagnosticadas entre 1993 e 1995. O tamanho amostral foi 138 mulheres, P 10% e α 0,05. Elas foram entrevistadas por um questionário. Os dados foram submetidos à análise bivariada e múltipla de regressão logística. As mulheres com neoplasia invasora tinham conhecimento, atitude e prática mais inadequados do que aquelas com neoplasia intra-epitelial, maior idade, residiam a menos tempo em São Paulo, não trabalhavam fora e tiveram dificuldades pessoais. O conhecimento inadequado associou-se à maior idade; a atitude inadequada à maior idade e menor escolaridade e, a prática inadequada às dificuldades pessoais e às que não trabalhavam. A prática do exame depende da iniciativa do médico e a periodicidade da coleta depende da mulher sentir-se doente.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O câncer cérvico-uterino tem sido objeto de inúmeros estudos e, apesar da grande quantidade de informações acumuladas sobre a enfermidade, ainda há muito por saber.

A OPS identificou este câncer como um problema de saúde pública prioritário, em consequência de sua alta prevalência nas populações de países em desenvolvimento, sua importância como causa de incapacidade e óbito e, principalmente, porque é evitável (RESTREPO, GONZALEZ, ROBERTS, 1978; BARBOSA, BARBOZA, RAMOS, 1986).

A associação do câncer cérvico-uterino à estas populações parece estar relacionada às más condições sócio-econômicas e culturais (INTRAH, 1995). As maiores taxas de incidência desta neoplasia são observadas na América Latina, em Recife (65,1/100.000 mulheres/ano), no Brasil e em Cali (52,9/100.000 mulheres/ano), na Colômbia. No Sudeste Asiático, em Poona (30,7/100.000 mulheres/ano), na Índia (WHO, 1982).

Ao contrário, as menores taxas de incidência são observadas em regiões mais desenvolvidas, como Cingapura (16,5/100.000 mulheres/ano), em Cingapura; ou em regiões francamente desenvolvidas, como Colúmbia Britânica (12,2/100.000

mulheres/ano), no Canadá (OPS, 1990) e Florença (9,3/100.000 mulheres/ano), na Itália (PALLI, CARLI, CECCHINI, 1990).

A história natural do câncer cérvico-uterino mostra tratar-se de uma neoplasia de evolução lenta. Na maioria das mulheres, a fase pré-invasora persiste por longo tempo antes de progredir para a fase invasora, sendo que a duração da primeira fase pode ser estimada em 12,3 anos, enquanto a duração dos estádios I e II da fase invasora têm duração estimada em 9,2 anos (ZEFERINO, BEDONE, FAÚNDES, 1994). Como consequência, o longo período de evolução, associado ao grande número de casos novos da moléstia (altas taxas de incidência), resulta em altas taxas de prevalência.

Um marco histórico importante no conhecimento do câncer cervical uterino foram os estudos de PAPANICOLAOU & TRAUT (1943), que caracterizaram a presença de células atípicas nos esfregaços citológicos vaginais. A partir desse método, a detecção desta neoplasia passou a ser possível através do exame microscópico de células esfoliadas da cérvix uterina, coletadas e colocadas como esfregaço em lâmina de vidro (LYNGE, 1989).

Sendo assim, o exame de Papanicolaou passou a ser utilizado para o rastreamento populacional na detecção da neoplasia cérvico-uterina (CELENTANO et al., 1989). Este método pode ter especificidade de 90%, podendo chegar a 99%

(BOYES et al., 1982). No entanto, estes índices variam conforme a experiência dos citologistas, a qualidade e técnica da coleta e o rigor dos procedimentos laboratoriais (U. S. PREVENTIVE..., 1990).

O termo NIC foi proposto por RICHARDT (1967) para a fase pré-invasora da neoplasia cérvico-uterina, dividindo-a em três graus: I, II e III, com base nos aspectos histológicos. A fase intra-epitelial é uma etapa de grande importância na história natural do câncer cérvico-uterino, pois representa o processo inicial das transformações malignas do epitélio. No entanto, a NIC I progride para neoplasia invasora em apenas 1%, enquanto a NIC II e NIC III progridem em 5% e 12%, respectivamente (ÖSTÖR, 1993).

A lenta evolução da neoplasia cérvico-uterina permite o seu diagnóstico na fase intra-epitelial, sendo que nesta fase a doença é curável (STUSSER, FERNANDEZ, ZAYAS, 1988). Portanto, a detecção possibilita redução da incidência da doença invasora e conseqüente redução da mortalidade. É o que mostram os programas de detecção realizados há algumas décadas (OPS, 1990; FINK, 1991; MILLER, 1992; MASCOTTI, MANON, FRASSON, 1994).

Um dos programas pioneiros, talvez o primeiro que dispõe de registros, é o da província de Colúmbia Britânica (Canadá), onde a detecção precoce do câncer cérvico-uterino é realizada desde 1949. Como resultado, a incidência de neoplasia

invasora reduziu-se em 78% e a mortalidade em 72% entre 1955 e 1985 (ANDERSON et al., 1988, CANADIAN CANCER SOCIETY, 1990).

Além da possibilidade de cura, o tratamento da neoplasia em sua etapa pré-invasora, apresenta um menor custo (CABEZAS, 1989; PINTO, PIROVANI, GRANT, 1990; INTRAH, 1995), enquanto os estádios invasores são mais difíceis e caros para tratar e, freqüentemente, impossíveis de curar (WHO, 1988). Se o custo do tratamento para casos de câncer de colo uterino avançado é muito mais oneroso do que o tratamento para casos iniciais, há mais um motivo para que se invista em programas de detecção precoce (ZEFERINO, 1985).

Um programa de detecção da doença deve ter uma alta efetividade com o menor custo possível. Por isso, a OMS preconiza que, se os recursos disponíveis forem escassos, pode-se aumentar o intervalo entre as coletas de controle e restringir a faixa etária das mulheres que fazem o exame. O resultado será uma maior taxa de detecção e maior número de casos prevenidos por exames realizados (DAY, 1986).

De uma maneira geral, as normas de rastreamento do câncer cérvico-uterino variam entre os países e as instituições atuantes em oncologia. A OMS, através da IARC, analisou dados de programas de rastreamento organizados de vários países e regiões e, calculou o índice de proteção relativa para neoplasia invasora em mulheres entre 20 a 64 anos com base em diferentes esquemas de

controles. Os resultados mostraram haver uma variação mínima nesta proteção, independente do exame ser realizado com periodicidade anual ou trienal (DAY, 1986).

De acordo com o mesmo estudo da OMS, um programa de rastreamento de câncer cervical pode reduzir em 84% a incidência acumulada das formas invasoras, se os controles forem realizados com intervalos de cinco anos, 91% para intervalo de três anos e 93% para controles anuais em mulheres de 35 a 64 anos (MILLER, 1992).

Os programas organizados são mais eficientes do que aqueles em que os controles são realizados por demanda espontânea (SIGURDSSON, 1993). Estes programas, normalmente, têm registros sobre a ocorrência dos casos de câncer e da população com maior risco para adquirir a doença (KERNER, ANDREWS, ZAUBER, 1988; OPS, 1990). A partir dos registros das mulheres é possível convidá-las para fazer os controles periódicos, o que é indispensável para que se atinja alta cobertura populacional (COCKBURN, HIRST, HILL, 1990; HARAN et al., 1990).

Os programas organizados visam otimizar os recursos disponíveis, abrangendo mulheres de maior risco de câncer e adequando a periodicidade dos controles (KOOPMANSCHAP, et al., 1990; MILLER, et al., 1990). No entanto,

programas organizados para controle da neoplasia cérvico-uterina necessitam de contínua avaliação quanto ao seu bom funcionamento, para que seja discutido o impacto sobre a redução da doença e para verificar a necessidade de alterações (HARAN et al., 1990).

Lamentavelmente, países com limitados recursos não têm expandido satisfatoriamente os serviços de rastreamento populacional, não sendo capazes de fazer o exame na maioria das mulheres de alto risco para o câncer cérvico-uterino. Nestes países há carências básicas e primárias de sobrevivência a serem resolvidas e é dada pouca atenção aos problemas de saúde (RESTREPO et al., 1978).

Os serviços de saúde de países em desenvolvimento não têm dado a importância necessária ao problema do câncer cervical e o rastreamento não é feito de forma organizada. Muitas dificuldades que ocorrem nos países mais pobres são pouco discutidas na literatura mundial, pois esses problemas não ocorrem em países desenvolvidos (PINOTTI, 1976).

O que demonstra esta situação é a alta frequência de diagnósticos em estadios avançados do câncer cérvico-uterino (AQUINO, 1985; GÓES, 1986). No Brasil, a porcentagem de diagnósticos para NIC III era 23,5% enquanto para a neoplasia invasora era 43% no período 1976-1985 (SOARES, BRUMINI, HIDALGO, 1993).

O Brasil é um dos países com baixa cobertura dos programas de rastreamento para o câncer cérvico-uterino, que representa 23,7% de todos os cânceres femininos no país. Segundo as estatísticas de mortalidade do Ministério da Saúde de 1986, esta neoplasia é a primeira causa de mortes por câncer na população feminina na região Norte, a segunda causa nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e a quarta causa nas regiões Sul e Sudeste, onde é superado pelo câncer de mama, estômago e pulmão (AQUINO, et al., 1986; CUNHA, 1986).

Segundo dados dos registros de base populacional do país, os coeficientes de mortalidade por câncer cérvico-uterino (padronizados pela população mundial), em diferentes municípios são: Belém (22,6/100.000 mulheres/ano), no Pará; Recife (18,9/100.000 mulheres/ano), em Pernambuco; Fortaleza (22,6/100.000 mulheres/ano), no Ceará; Goiânia (13,1/100.000 mulheres/ano), em Goiás; São Paulo (7,8/100.000 mulheres/ano), em São Paulo e Porto Alegre (6,5/100.000 mulheres/ano), no Rio Grande do Sul (BRASIL, 1992)

No entanto, no Brasil, os sistemas de informações sobre incidência e mortalidade para neoplasias malignas são falhos, o que dificulta a obtenção de dados mais reais e atualizados sobre a moléstia. O problema deve ser de magnitude bem maior que a conhecida (PINOTTI, FAÚNDES, HARDY, 1990).

O sistema de saúde no país é composto por entidades públicas municipais e estaduais, privadas, conveniadas e contratadas. Nestas, há pelo menos três décadas têm ocorrido ações individuais e governamentais, no sentido de promover o diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino.

Do que se tem conhecimento, o primeiro programa de detecção para o câncer cérvico-uterino, realizado de forma descentralizado e envolvendo múltiplas unidades de saúde, foi implantado em 1968 no município de Campinas, pela UNICAMP (PINOTTI, 1976). Outra iniciativa ocorreu entre 1972 e 1973, quando foi conduzida uma campanha de educação sobre prevenção e detecção do câncer cérvico-uterino, como projeto piloto, num grupo populacional de um distrito da Grande São Paulo (GÓES, 1986). Ambas iniciativas prosperaram e vieram a ser referências para o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais.

Em 1973 o governo federal aprovou o Programa Nacional de Controle do Câncer, no qual, uma das prioridades era a prevenção e detecção dos cânceres cervical uterino e da mama. No Estado de São Paulo foi criada, em 1974, a Fundação Centro de Pesquisa de Oncologia, que contribuiu para a expansão da detecção destes cânceres (GÓES, 1986).

Ao longo dos anos 80, o Ministério da Saúde criou o Programa de Oncologia - Pró-Onco, composto pelos seguintes sub-programas: Informações em Câncer (s-PIC);

Promoção e Proteção da Saúde (s-PPPS); Expansão da Prevenção e Controle do Câncer (s-PEPCC); Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer (s-PSIRCC); Educação em Cancerologia (s-PEC) (BRASIL, 1987). No âmbito do s-PEPCC foi desenvolvido o Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino - Plano de Trabalho Quinquenal: Período 1988 a 1993 (PROJETO..., 1988) Especificamente em 1984 foi criado o Programa Integrado Tecnológico em Citopatologia (PITEC), envolvendo o Ministério da Saúde e o INAMPS, tendo como objetivo expandir a capacidade diagnóstica do câncer cérvico-uterino no Estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 1987).

No entanto, as normas preconizadas para a detecção do câncer cérvico-uterino variavam entre as instituições e ao longo do tempo. Em geral, as ações preventivas deveriam ser oferecidas para mulheres após início da atividade sexual com periodicidade anual (FAERSTEIN, 1987).

Sempre constou dos programas de governo a expansão da detecção do câncer cérvico-uterino, conforme o "Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC): A Proposta da Nova República" (BRASIL, 1987) e "Câncer no Brasil: A Magnitude do Problema": Medidas de Controle. Diretrizes para o quinquênio 1990-1994 (BRASIL, 1990).

Apesar destas iniciativas individuais e institucionais, os percentuais de cobertura populacional são baixos. Estima-se que até a década de 80 apenas 2% das mulheres brasileiras faziam periodicamente o exame de Papanicolaou, chegando a 10% em grandes cidades como São Paulo e Rio de Janeiro (AQUINO et al., 1986). Outros resultados sobre o exame mostram que a utilização periódica do mesmo chegou a 8% nas mulheres acima de 20 anos na década de 80 (MENDONÇA, 1993).

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, incluindo os setores privado e público, foram realizados 1.594.555 e 1.837.519 exames colpocitológicos, respectivamente, em 1988 e 1989. A porcentagem de exames realizados, em relação às mulheres com 15 anos ou mais, foi 14,8% e 16,6%, respectivamente (SOARES et al., 1993). Se considerarmos apenas as mulheres com 20 anos ou mais, estes percentuais chegam a 20 %.

Devido a necessidade de adotar uma uniformização de conduta para a detecção do câncer cérvico-uterino, com vistas ao aumento da cobertura populacional, o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social promoveram a "Reunião do Consenso", com especialistas de todo o Brasil e da OMS, realizada no Rio de Janeiro, em 1988. Ficou estabelecido periodicidade trienal para o exame de Papanicolaou, após dois resultados negativos, com intervalo anual. A faixa etária a ser

priorizada é de 25 a 60 anos, com ênfase para as mulheres dessa faixa que nunca realizaram exame preventivo (BRASIL, 1988).

Nos programas de rastreamento por demanda espontânea, as mulheres não são convocadas para fazer o exame de Papanicolaou. O exame é realizado em consultas devidas a motivos diversos como: de planejamento familiar, controle de moléstias sexualmente transmissíveis, pré-natal e outras consultas básicas. Portanto não há grande impacto na queda da mortalidade por câncer cérvico-uterino porque não dão cobertura aos grupos etários de maior risco (HARAN, et al., 1990; BISHOP et al., 1995).

Ainda que existam normas programáticas bem definidas para a detecção desta neoplasia, com base nos dados do Centro de Informação em Saúde, os controles parecem ser realizados de forma ocasional e não sistemática (SÃO PAULO, 1991). Por outro lado, há um excesso de citologias desnecessárias com o mesmo grupo de usuárias pois os ginecologistas resistem em aceitar a periodicidade da prevenção dos 25 aos 60 anos de idade em controles trienais, levando também a uso inapropriado de recursos (ZEFERINO et al., 1994).

Concluindo, se por um lado, do ponto de vista de saúde pública, há um atendimento com consultas espontâneas para o controle da neoplasia, o mesmo é pouco eficaz, segundo mostram os indicadores de saúde, porquê é alto o número de

mulheres portadoras de neoplasia em estadios avançados da doença. Para modificar este cenário, é necessário identificar melhor os fatores associados ao diagnóstico da neoplasia cérvico-uterina pré-invasora e invasora.

Este estudo foi idealizado e dirigido a mulheres com NIC ou neoplasia invasora, com a finalidade de saber qual é o conhecimento, atitude e prática destas pacientes em relação ao exame de Papanicolaou. Também foram identificados fatores sócio-demográficos, dificuldades para consultar e aspectos de qualidade do atendimento, que permitiram entender melhor porquê algumas mulheres não realizam periodicamente o exame.

Espera-se que as conclusões desse estudo possam servir de subsídios para orientar, ou definir ações no âmbito dos serviços de saúde, visando aprimorar os programas de controle do câncer cérvico-uterino; eliminando ou atenuando fatores que impedem o diagnóstico da neoplasia em fase intra-epitelial e, assim, reduzindo significativamente a proporção de diagnósticos em estadios avançados da doença que acomete mulheres numa fase produtiva da vida.

Como conseqüência, à medida que se reduz a incidência desta neoplasia invasora, estaremos reduzindo sua morbidade e a mortalidade, através de ações preventivas simples, eficazes e com baixo custo, como o exame de Papanicolaou.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 - Geral

Estudar o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres com neoplasia cérvico-uterina em relação ao exame de Papanicolaou, sua associação com a etapa evolutiva desta doença e entender porquê algumas mulheres não realizam este exame periodicamente.

2.2 - Específicos

- Avaliar a associação do conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou com o diagnóstico de neoplasia cérvico-uterina.
- Estudar a associação de fatores sócio-demográficos, dificuldades para consultar e a qualidade do atendimento nos serviços de saúde com o diagnóstico de neoplasia invasora.
- Relacionar os fatores sócio-demográficos, dificuldades para consultar e a qualidade do atendimento com conhecimento, atitude e prática do exame.

SUJEITOS E MÉTODOS

3. SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 - Desenho do estudo

Este estudo foi observacional descritivo, associado a inquérito CAP - Conhecimento, Atitude e Prática (WARWICK & LININGER, 1975).

3.2 - Tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho amostral foram utilizados os seguintes determinantes:

- P: prevalência populacional de conhecimento e utilização periódica anual/trienal do exame de Papanicolaou de 10%, no município de São Paulo (AQUINO et al., 1986).
- d: diferença desejada entre a prevalência amostral e populacional (em função de P) de 50%, ou 5 pontos percentuais.
- α : erro tipo I de 5%.

O tamanho amostral foi definido em 138 mulheres.

3.3 - Seleção de sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados a partir de arquivos existentes nos ambulatórios de patologia cervical, ou de oncologia do HMLMB - instituição assistencial pública do Estado de São Paulo. Esta instituição oferece atendimento especializado em ginecologia e obstetrícia e, a nível de internação hospitalar, para a população da Zona Leste do Município de São Paulo.

Os critérios de inclusão das mulheres foram: diagnóstico histológico de NIC II, NIC III, ou neoplasia invasora, diagnosticadas entre 1993 a 1995, que residiam na cidade de São Paulo, estavam na faixa etária entre 20 a 60 anos e retornavam para consulta.. As pacientes portadoras de NIC I não foram incluídas devido ao seu baixo potencial evolutivo para câncer invasor (ÖSTÖR, 1993).

3.4 - Variáveis e planos de análise

Variáveis - As variáveis estudadas foram* :

- Idade: anos completos por ocasião da matrícula nos ambulatórios de patologia cervical, ou de oncologia (Q 1.2).
- Escolaridade: última série escolar completada (Q 1.3 e 1.4).

* Q indica o número da questão da qual foi obtida a informação.

- Tempo de residência na cidade de São Paulo: em anos completos (contracapa do questionário).
- Tipo de serviço de saúde mais utilizado: convênio, particular ou público (Q 1.5).
- Trabalho: atividade exercida fora de casa (Q 1.6).
- Dificuldades para realizar o exame, definidas pelas mulheres:
 - Pessoais - problemas de ordem pessoal (Q 3.12 e 3.13).
 - Do serviço de saúde - problemas encontrados no serviço de saúde mais utilizado (Q 3.14 e 3.15).
- Qualidade do atendimento nos serviços de saúde segundo a mulher: opinião expressa pelas mulheres sobre a maneira, em geral, como foram atendidas quando procuraram assistência nos serviços de saúde. A paciente escolhia entre: boa, regular e ruim (Q 3.16).
- Qualidade do atendimento segundo o pesquisador: opinião expressa pelo pesquisador sobre a maneira que os serviços de saúde prestaram atendimento (Q3.18, 3.19 e 3.23).

Boa: a mulher fazia o exame de Papanicolaou e era orientada a repeti-lo

Regular: a mulher fazia o exame e não era orientada a repeti-lo

Ruim: a mulher fazia esporadicamente ou nunca fazia o exame

- Conhecimento: (Q 2.1).

Adequado: a paciente já ouviu falar do exame de Papanicolaou e sabe que é para detectar câncer na mulher (genericamente), ou que detecta o câncer cérvico-uterino.

Inadequado: a mulher nunca ouviu falar do exame, ou já ouviu falar, mas não sabe que é para detectar câncer.

- Atitude: (Q 2.6).

Adequada: a mulher achou que fazer o Papanicolaou é muito necessário

Inadequada* : a mulher achou que fazer o Papanicolaou é mais ou menos necessário, ou desnecessário

- Prática: (Q 2.8 e 2.9).

Adequada: o exame foi feito periodicamente até trienal

Inadequada: o exame foi feito acima de trienal, única vez na vida, ou nunca.

- Neoplasia cérvico-uterina

Neoplasia intra-epitelial (NIC): os critérios adotados foram definidos por RICHARDT (1967):

NIC II: o epitélio escamoso da cérvix uterina perde a estratificação além do terço inferior, sem alcançar o terço superior. Observa-se alterações nucleares

* As mulheres que não ouviram falar do exame de Papanicolaou foram consideradas com atitude inadequada

representadas por cromatina grosseira, pleomorfismo, contornos irregulares e nucléolos proeminentes. Figuras de mitose podem ser típicas ou atípicas.

NIC III: o epitélio escamoso perde a estratificação além do terço médio, podendo atingir toda a espessura. As alterações nucleares apresentam grande aumento de volume, intensa hipercromia e perda da relação núcleo-citoplasma. Figuras de mitoses são freqüentes e, geralmente, atípicas.

Neoplasia invasora: os critérios histológicos adotados foram definidos por ROBINS & COTRAN (1983):

Carcinoma epidermóide: originário do epitélio escamoso estratificado, invade o estroma além da membrana basal. Este carcinoma pode ser bem, moderadamente ou pouco diferenciado, conforme as alterações nucleares. Os núcleos têm hipercromasia, multinucleação e figuras aberrantes de mitose.

Adenocarcinoma: originário do epitélio cilíndrico, invade o estroma além da membrana basal. Também apresenta várias diferenciações e, citologicamente, pode-se observar núcleos grandes com vacuolização, figuras aberrantes de mitose e multinucleação.

Planos de análise - as análises foram divididas em três partes para facilitarem as suas interpretações.

a) Análise da associação entre conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou e neoplasia cérvico-uterina

- Variáveis independentes: conhecimento, atitude e prática.
- Variável dependente: neoplasia cérvico-uterina.

b) Análise da associação entre fatores sócio-demográficos, dificuldades para consultar, qualidade do atendimento e neoplasia invasora

- Variáveis independentes: idade, escolaridade, tempo de residência em São Paulo, tipo de serviço de saúde utilizado, trabalho, dificuldades para consultar, qualidade do atendimento.
- Variável dependente: neoplasia cérvico-uterina

c) Análise da associação entre fatores sócio-demográficos, dificuldades para consultar, qualidade do atendimento e conhecimento, atitude e prática do exame

- Variáveis independentes: idade, escolaridade, tempo de residência em São Paulo, tipo de serviço de saúde utilizado, trabalho, dificuldades para consultar, qualidade do atendimento.
- Variáveis dependentes: conhecimento, atitude e prática

3.5 - Instrumentos e coleta de dados

Foi elaborado um questionário estruturado com perguntas pré-codificadas e abertas (Anexo 1), e foram preparadas instruções para a entrevistadora (Anexo 2). O questionário foi pré-testado em um grupo de sujeitos similares aos incluídos na pesquisa. As mulheres foram entrevistadas pela pesquisadora ou por uma residente treinada para ser entrevistadora, uma única vez, à medida que retornavam para a consulta, entre dezembro de 1995 e março de 1996.

Algumas questões, durante a entrevista, possibilitavam, às mulheres, uma múltipla escolha.

3.6 - Análise dos dados

Os questionários preenchidos foram submetidos à revisão com relação à qualidade e legitimidade das informações e arquivados. As respostas textuais foram

codificadas e digitadas em DBF, fazendo-se, então, a limpeza dos mesmos e teste de consistência.

Foi feita uma análise bivariada dos dados, utilizando-se o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher, quando necessário (KISH, 1965), através do pacote estatístico EPI INFO 6.0. Após foi realizada regressão logística pelo pacote SPSS/PC. Os resultados foram mostrados em tabelas resumidas.

3.7 - Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido com mulheres que participaram voluntariamente, após leitura do Consentimento Pós-informação (Anexo 3) pela entrevistadora e assinatura do mesmo pela paciente; obedecendo os princípios da pesquisa em seres humanos, contidos na *Declaração de Helsinki* (DECLARAÇÃO... 1990). As mulheres foram esclarecidas sobre o sigilo em relação aos aspectos de foro íntimo e individual. Depois que os questionários foram considerados corretamente preenchidos, as pacientes foram identificadas apenas por um número.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Dentre as 138 mulheres entrevistadas, 90 eram portadoras de NIC (dois terços da amostra) e 48 de neoplasia invasora (um terço da amostra).

4.1 - Características sócio-demográficas, dificuldades para consultar e qualidade do atendimento

Houve diferença significativa entre as mulheres com neoplasia invasora, comparadas com aquelas portadoras de NIC, em relação à idade e trabalho. Observou-se maior porcentagem de mulheres com 40 anos de idade ou mais (85%) e que não trabalhavam fora de casa (81%), entre aquelas com neoplasia invasora.

Com relação ao tempo de residência em São Paulo também houve diferença significativa, entretanto, no sentido contrário. Uma menor porcentagem das pacientes com neoplasia invasora residiam na cidade há dez anos ou mais, comparadas com as portadoras de NIC, 65% e 84%, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição percentual das mulheres com neoplasia cervical, segundo características sócio-demográficas selecionadas

Variáveis	Não invasora	Invasora	p
Idade (anos)			
20 a 39	57	15	0,000
40 e mais	43	85	
Escolaridade (serie)			
Até 4 ^a	69	75	0,577
De 5 ^a e mais	31	25	
Tempo reside São Paulo (anos)			
Menor ou igual 10	16	35	0,014
Maior que 10	84	65	
Tipo serviço saúde mais usado			
Público	91	81	0,159
Não público	9	19	
Trabalho			
Sim	48	19	0,001
Não	52	81	
Total (n)	90	48	

A maioria das mulheres deste estudo, 79% daquelas com NIC e 88% das com neoplasia invasora, consultavam-se quando apresentavam sintomas. No entanto, não houve diferença significativa entre os dois grupos ao analisarmos esta conduta (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição percentual das mulheres com neoplasia cervical, segundo presença de sintomas como motivo para consultarem-se

Sintomas	NIC	Invasora	p
Sim	79	88	0,308
Não	21	12	
Total (n)	90	48	

Com relação às dificuldades para consultarem, as pacientes com neoplasia invasora tiveram mais dificuldades com relação à distância (40%) do que aquelas com NIC (19%). Esta diferença foi significativa. A vergonha/ desmotivação foi a dificuldade mais referida entre as mulheres, mas não houve diferença significativa entre os grupos.

Não houve diferença significativa entre as mulheres com dificuldades dos serviços. A demora para consultarem e médicos que não examinam foram as dificuldades mais referidas nos dois grupos (Tabela 3).

Tabela 3: Porcentagem de mulheres com neoplasia cervical, segundo dificuldades referidas para consultarem

Dificuldades	NIC	Invasora	p
Pessoais			
Vergonha/desmotivação	87	81	0,577
Distância	19	40	0,035
Problemas familiares	30	28	0,973
Trabalho	29	28	0,884
Dinheiro/transporte	11	14	0,891
Total (n)	63	43	
Dos serviços de saúde			
Demora para consultar	48	60	0,303
Médico não examinava	60	60	0,863
Demora para agendar	47	50	0,879
Faltava médico	42	35	0,565
Greve	7	3	0,305
Total (n)	73	40	

Comparando-se a opinião do pesquisador e da mulher sobre a qualidade do atendimento, houve diferença significativa entre estas opiniões. O pesquisador avaliou-o como regular/ruim em 83% para aquelas com neoplasia invasora e 71% para as mulheres com NIC. A mulher achou o atendimento regular/ruim em 50% e 46%, respectivamente, para neoplasia invasora e NIC (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição percentual das mulheres com neoplasia cervical, segundo opinião das mesmas e do pesquisador sobre a qualidade do atendimento

Qualidade	NIC			Invasora		
	Mulher	Pesquisador	p	Mulher	Pesquisador	p
Boa	54	29	0,000	50	17	0,000
Regular/ruim	46	71		50	83	
Total (n)	90	90		48	48	

No entanto, comparando-se a opinião das mulheres com NIC e com neoplasia invasora sobre a qualidade do atendimento, não houve diferença significativa (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição percentual das mulheres com neoplasia cervical, segundo a qualidade do atendimento na avaliação delas mesmas e do pesquisador

Qualidade	Mulher			Pesquisador		
	NIC	Invasora	p	NIC	Invasora	p
Boa	54	50	0,749	29	17	0,167
Regular/ruim	46	50		71	83	
Total (n)	90	48		90	48	

Não houve diferença significativa entre os dois grupos de mulheres quanto à notificação do resultado e à orientação sobre a periodicidade do exame de Papanicolaou (Tabela 6).

Tabela 6: Porcentagem de mulheres com neoplasia cervical que fizeram o exame de Papanicolaou e foram notificadas do resultado e orientadas sobre a periodicidade do mesmo

Variáveis	NIC	Invasora	p
Notificadas do resultado	82	75	0,685
Orientadas sobre a periodicidade	65	73	0,731
Total (n)	44	12	

4.2 - Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou

Houve diferença significativa entre as mulheres com neoplasia invasora em relação às aquelas com NIC quanto ao conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou. A Tabela 7 mostra que a maioria das pacientes com neoplasia invasora (63%) tinham um conhecimento inadequado do exame (não sabiam “o que é”, “para o que serve”, ou não conheciam); 81% das mulheres tinham uma atitude inadequada em relação à necessidade de fazer o teste (média ou nenhuma) e 56% praticavam o mesmo inadequadamente (acima de trienal, uma vez, ou nunca fez).

Tabela 7: Distribuição percentual das mulheres com neoplasia cervical, segundo conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou

Variáveis	NIC	Invasora	p
Conhecimento			
Adequado	59	37	0,026
Inadequado	41	63	
Atitude			
Adequada	41	19	0,013
Inadequada	59	81	
Prática			
Adequada	63	44	0,042
Inadequada	37	56	
Total (n)	90	48	

Houve diferença significativa entre as mulheres com neoplasia invasora que ouviram falar do exame de Papanicolaou no posto de saúde (31%) e no trabalho (21%), em relação às pacientes com neoplasia invasora. Não houve diferença significativa entre as pacientes dos dois grupos que nunca tinham ouvido falar do exame (Tabela 8).

Tabela 8: Porcentagem de mulheres com neoplasia cervical, segundo como conheceram o exame de Papanicolaou

Como conheceram	NIC	Invasora	p
Posto de saúde	53	31	0,034
Vizinhas/amigas	37	44	0,212
Rádio/TV	29	15	0,095
Trabalho	21	4	0,017
Não conheceram	4	10	0,160
Total (n)	90	48	

Para a maioria das mulheres deste estudo, quem determinava a coleta do exame de Papanicolaou era o médico, no entanto, não houve diferença significativa entre os dois grupos (Tabela 9).

Tabela 9: Porcentagem de mulheres com neoplasia cervical que fizeram o exame de Papanicolaou, segundo quem determinava a coleta do mesmo

Quem determinava	NIC	Invasora	p
O médico	82	77	0,700
A paciente	18	23	
Total (n)	44	13	

4.3 - Análise múltipla por regressão logística

a) Conhecimento, atitude e prática

O conhecimento inadequado do exame de Papanicolaou esteve em relação direta com a idade das pacientes (Tabela 10).

Tabela 10: Fatores associados ao conhecimento inadequado do exame de Papanicolaou em mulheres com neoplasia cervical

Variável	coef.	E.P. coef.	p
Idade	0,040	0,017	0,016
Constante	-1,801	0,743	0,015

n=138

A atitude inadequada ao exame de Papanicolaou, esteve em relação direta com a idade das pacientes e inversa com a escolaridade (Tabela 11).

Tabela 11: Fatores associados à atitude inadequada do exame de Papanicolaou em mulheres com neoplasia cervical

Variável	coef.	E.P. coef.	p
Idade	0,026	0,005	0,001
Escolaridade	-1,097	0,378	0,004

n=138

A prática inadequada do exame de Papanicolaou esteve em relação direta com as dificuldades pessoais para consultar e inversa com o fato das mulheres não trabalharem fora de casa (Tabela 12).

Tabela 12: Fatores associados à prática inadequada do exame de Papanicolaou em mulheres com neoplasia cervical

Variável	coef.	E.P. coef.	p
Dificuldade pessoal	1,470	0,302	0,001
Trabalho	-0,756	0,321	0,019

n=138

b) Neoplasia invasora cérvico-uterina

A neoplasia invasora esteve associada diretamente com a idade e à prática inadequada do exame (Tabela 13).

Tabela 13: Fatores associados ao diagnóstico de neoplasia cervical invasora

Variável	coef.	E.P. coef.	p
Idade	0,153	0,027	<0,001
Prática inadequada	1,191	0,492	0,016
Constante	-8,275	1,330	<0,001

n=138

DISCUSSÃO

5 - DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa mostraram que as mulheres com neoplasia invasora têm conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou mais inadequados do que aquelas com NIC. Esta afirmação suporta-se na análise bivariada, que revelou diferença significativa entre estas variáveis nos dois grupos de pacientes.

A análise múltipla mostrou que o conhecimento do exame de Papanicolaou, independentemente do estadió da neoplasia, estava associado à idade, ou seja, as mulheres mais idosas têm menor conhecimento. Estes resultados também foram relatados por outros autores (MAMON et al. 1990; CALLE et al. 1993).

Para tentarmos entender a origem do conhecimento sobre o exame de Papanicolaou, devemos considerar que a maioria das mulheres com NIC ouviram falar do exame, em frequência decrescente: nos postos de saúde, com vizinhas ou amigas, no rádio ou TV e no trabalho. O primeiro e o último ítems associaram-se significativamente ao diagnóstico de NIC.

Considerando-se que o maior número destas pacientes com NIC residiam a mais tempo em São Paulo e trabalhavam fora, poderíamos supor que elas tiveram

mais oportunidades do que aquelas com neoplasia invasora de ter sido alvo de ações educativas para detecção da neoplasia. Estas ações, segundo o PAISM, devem ser oferecidas nas próprias unidades de saúde, antes da coleta do exame (PINOTTI, 1987).

Parece possível inferir que a atitude das mulheres, em relação à detecção do câncer cérvico-uterino, derivaria do conhecimento do que é e para que serve o exame de Papanicolaou, pois, para que se tome uma atitude, pressupõe-se um conhecimento prévio. Assim, seria esperado que os percentuais correspondentes à atitude inadequada fossem ainda mais altos do que os encontrados para o conhecimento inadequado. É o que se observa neste estudo, tanto para as mulheres com neoplasia invasora, como para aquelas com NIC.

A análise múltipla também mostrou que a atitude inadequada em relação ao exame de Papanicolaou estava associada à idade, da mesma forma que ao conhecimento. Esta atitude também associou-se à menor escolaridade, e está de acordo com resultados obtidos por outros autores (CHONG, FAÚNDES, HARDY., 1990, LAMADRID, 1994).

Também podemos supor que a prática dependeria do conhecimento e da atitude que as mulheres têm sobre o exame. Todavia, a prática do mesmo envolve uma ação concreta, pois significa fazer o exame. Isto ficou evidente pela análise

múltipla, pois a prática inadequada associou-se significativamente às dificuldades pessoais e às mulheres que não trabalhavam fora.

Portanto, a idade, que associou-se com conhecimento e atitude, e a escolaridade, que associou-se com atitude, não se associaram com a prática, possivelmente porque esta última tenha outros determinantes. Este resultado é importante, pois a detecção das mulheres com NIC na população faz-se quase exclusivamente através da prática do exame de Papanicolaou, e isto corresponde ao observado em nosso estudo, onde o diagnóstico de NIC foi inicialmente detectado por este método.

O diagnóstico de neoplasia invasora, segundo a análise múltipla, associou-se à prática inadequada e à maior faixa etária. Estas mulheres também residiam a maior tempo em São Paulo, não trabalhavam fora e tiveram dificuldades pessoais para consultar, segundo a análise bivariada. A maior idade era esperada e está de acordo com a história natural desta doença (RICHARDT, 1967). A prática inadequada é coerente com o que já foi comentado, em relação às variáveis associadas à prática.

Assim, as dificuldades pessoais, na forma como foram analisadas neste estudo e, considerando o seu conjunto, é um fator que leva a mulher a não fazer periodicamente o exame de Papanicolaou. A análise das mesmas destacou que a

vergonha e desmotivação para fazer o exame de Papanicolaou foi o motivo mais freqüentemente referido pelas pacientes, independente da fase evolutiva da doença, enquanto a dificuldade causada pela distância até os serviços de saúde foi significativamente maior naquelas com neoplasia invasora.

A falta de motivação como uma das razões para a não realização do exame pode estar associada com aspectos socio-culturais das mulheres, como mostraram alguns autores (CHONG et al., 1990), o que neste estudo não foi possível estabelecer correlação. Outros, associaram a prática inadequada à desmotivação, causada pela desinformação, como mostram os resultados de algumas pesquisas sobre cuidados com a saúde, realizadas através de entrevistas (MAMON et al, 1990; DESCHAMPS et al, 1992; THOMAS & FICK, 1994; KOTTKE, et al., 1995).

A vergonha parece fazer parte de uma educação sexual arbitrária e repressiva em que as mulheres têm acanhamento em expor seu próprio corpo (LAMADRID, 1994), principalmente para que um profissional de saúde, do sexo oposto, o examine. Isto é muito evidente nas mulheres mais velhas, que muitas vezes não foram ao médico nem quando tiveram filhos e, para as quais, descobrir partes do corpo, até mesmo para o parceiro sexual, era algo pecaminoso e proibido.

Quanto aos aspectos sobre a distância dos serviços de saúde em relação à residência das pacientes, devemos considerar que há associação desta com uma

prática inadequada do exame, pois a paciente necessita deslocar-se para realizar uma consulta. Isto é evidenciado na literatura, e está de acordo com nossos resultados, pois há um aumento no número de mulheres rastreadas para a neoplasia cérvico-uterina quando o local de coleta do exame está próximo das mesmas (ANDREN, 1991).

Estes resultados também estão de acordo com alguns estudos que evidenciaram a existência de obstáculos, como: distâncias a serem percorridas até as instituições de saúde mais próximas, horários e condições de atendimento dos locais de coleta do exame, que podem dificultar uma utilização adequada dos serviços de saúde e devem ser levados em consideração (RESTREPO et al., 1978).

Por outro lado, a maioria dessas mulheres com prática inadequada e com neoplasia invasora não trabalhavam fora de casa. Trabalhar fora parece que significa ter maior possibilidade de fazer o exame de Papanicolaou, mas não significa melhor conhecimento e atitude. Alguns autores relataram resultados coincidentes com nossa casuística (CHONG et al., 1990; LERMAN, CAPUTO, BRODY, 1990)

A análise dos resultados permite-nos entender, pelo menos em parte, porque algumas mulheres não realizam periodicamente o exame de Papanicolaou.

No entanto, não podemos desconsiderar que mais de 40% das pacientes com NIC tinham conhecimento inadequado e quase 60% atitude inadequada e

mesmo assim a prática foi adequada, pois foram diagnosticadas através deste método. Para podermos entender o que ocorre, temos que lembrar que a maioria das mulheres deste estudo, independente do estadio da neoplasia, consultavam-se quando apresentavam algum sintoma e não pediam para coletar o exame de Papanicolaou.

É comum entre as populações de países em desenvolvimento o entendimento de que não é necessário ir ao médico quando não se sente nada. Consequentemente, o aspecto preventivo da medicina nesses países é extremamente precário, além do que, efetivamente, há poucas ações educativas para mudar este hábito (RESTREPO et al., 1978). Às vezes torna-se difícil convencer uma paciente a realizar exames para diagnóstico precoce de doenças das quais não há sintomas.

Este ponto de vista sobre consultas e exames preventivos ficou evidente ao analisarmos um estudo realizado em Cingapura, pois 60% das mulheres não acreditavam que pudessem ser susceptíveis a ter um câncer e quase 50% delas acreditavam que os cânceres não podiam ser prevenidos (SEOW, et al., 1995).

Conforme este estudo mostrou, a maioria dos exames são feitos por iniciativa do médico, enquanto a periodicidade da coleta é determinada pela presença ou não de sintomas. Este comportamento independe do conhecimento e da atitude das mulheres, mas determina a prática.

De acordo com este fato, há relatos sobre como a recomendação médica teria forte influência na coleta do exame de Papanicolaou (NORMAN et al, 1991) e sobre como a falta de treinamento e a desmotivação dos médicos contribui para a ineficiência dos programas de controle do câncer cérvico-uterino (GONÇALVES et al., 1986; MILLER et al., 1991).

Há uma idéia, mais ou menos difundida, de que as deficiências dos serviços de saúde são causas importantes da ineficiência dos programas de detecção. De acordo com os nossos resultados, não há associação entre dificuldades dos serviços e a prática do exame.

Todavia, alguns autores acreditam que, a falta de solicitação do exame de Papanicolaou por parte dos profissionais de saúde, seria uma das razões para que as mulheres não realizem regularmente o exame. O comportamento da paciente depende da descrença no sistema de saúde e deficiência de educação para a saúde (HARLAN, BERMSTEIN, KESSLER, 1991; MURRAY & McMILLAN, 1993).

Outros autores também acreditam que a principal causa da utilização inadequada do Papanicolaou seja principalmente atribuída aos serviços de saúde. Estes opinam que uma das causas da não redução do câncer cérvico-uterino em países em desenvolvimento é que poucas mulheres têm acesso aos serviços de saúde e há demora entre a realização do exame, a notificação e o tratamento, portanto, as

pacientes não são estimuladas a realizarem o rastreamento periodicamente (INTRAH, 1995).

Não pretendemos que os nossos resultados neguem essa possibilidade, visto que nossa amostra limita-se apenas a pacientes com neoplasia cervical e, também, não excluimos que as dificuldades referentes aos serviços de saúde influenciem a prática do Papanicolaou, quando estudada a população geral.

Talvez as dificuldades dos serviços de saúde não constituam-se em obstáculos tão difíceis de transpor para a utilização do exame de Papanicolaou, como os problemas pessoais que dificultam a consulta. Pode ser possível que os obstáculos constituídos por estas dificuldades sejam estatisticamente significativas, quando as condições destes serviços sejam mais precárias e menos acessíveis do que as atualmente existentes no Município de São Paulo, particularmente no que tange à detecção precoce do câncer cérvico-uterino.

Sendo assim, embora os resultados mostrem que as dificuldades de acesso à consulta provocada pelos serviços de saúde não se associaram ao conhecimento, atitude e prática, e nem com as pacientes portadoras de neoplasia invasora, não podemos deixar de considerar estas dificuldades, pois foram referidas por grande número de pacientes. A demora para consultar, médicos que não examinam, demora no agendamento e falta de médicos foram as dificuldades dos serviços de saúde mais

referidas, e podem não ter importância na prática, quando a cobertura do programa de controle da neoplasia cérvico-uterina é baixa, como é a situação no Município e no Estado de São Paulo (SOARES, et al., 1993).

Para se atingir alta cobertura populacional são necessários serviços muito eficientes. Portanto, se corrigirmos os problemas dos serviços referidos pelas mulheres, como dificuldades para consultar, estaremos criando condições para melhorar os resultados dos programas de detecção.

Outro aspecto relevante neste estudo foi a avaliação da percepção de qualidade dos serviços de saúde, no julgamento da mulher e do pesquisador.

A maioria das mulheres desta pesquisa acharam a qualidade do atendimento boa, mesmo aquelas com neoplasia avançada, que quase não freqüentavam os serviços de saúde e, quando o faziam, não eram examinadas, ou não era coletado o Papanicolaou. Esta opinião foi contrária na avaliação do pesquisador.

Este fato nos leva a admitir que a expectativa das pacientes, com relação ao aspecto qualidade de atendimento é pequena. As mulheres que freqüentam os serviços públicos não têm parâmetros como referência de um melhor atendimento.

Apesar de que o conhecimento, atitude e prática inadequados associaram-se com pacientes portadoras de neoplasia invasora, algumas mulheres com este diagnóstico tinham conhecimento, atitude e prática adequados.

Um dos fatos que poderiam explicar porque estas mulheres, apesar de utilizarem regularmente o exame, chegaram até um estadio avançado da doença, encontram-se nos resultados falsos negativos do Papanicolaou, devido a uma má técnica de coleta, ou ainda a erro de leitura (U. S. PREVENTIVE..., 1990). Este também constitui um problema referente aos serviços de saúde que ocorre devido à falta de treinamento contínuo de profissionais que atuam nos locais de coleta e nos laboratórios.

Por outro lado, seria possível uma evolução rápida da neoplasia, que pode ocorrer, em alguns casos, devido a um tipo histológico do câncer mais agressivo, ou um estado imunitário muito deficiente da paciente (CELENTANO et al., 1989).

No entanto, não poderíamos descartar a possibilidade destas pacientes terem feito o exame de Papanicolaou e este ter sido positivo para neoplasia, porém as mesmas não terem voltado aos serviços de saúde para saberem o resultado, ou não terem sido convocadas pelo serviço para que retornassem (PINOTTI & BORGES, 1977), e que podem explicar os nossos resultados.

Outros autores acreditam que os serviços de saúde de países em desenvolvimento não têm dado atenção necessária ao problema do câncer cérvico-uterino (RESTREPO, 1992), pois, entre outros problemas, não há banco de dados das pacientes para que seja possível providenciar convites ou mesmo notificações de resultados, caso as mesmas não venham a procurá-lo (MASCOTTI et al., 1994), sendo que estas afirmações estão em acordo com as nossas.

Outra possibilidade que pode ter ocorrido é de que algumas mulheres, após o diagnóstico da neoplasia, principalmente aquelas que tinham informações mais precárias, teriam desertado do tratamento por medo, hipótese também referida por alguns autores (RAMOS & PANTELIDES, 1990).

Em qualquer destas situações, estas pacientes, que eram portadoras de uma neoplasia cérvico-uterina, não puderam interferir na história natural da doença e esta agravou-se. Também não podemos deixar de considerar a possibilidade de que, a paciente nunca havia feito ou fez há muito tempo o exame de Papanicolaou e, quando veio para consultar-se, já era portadora de um estágio avançado da doença. Neste caso o exame não teve importância na detecção precoce da neoplasia.

O conhecimento, atitude e prática observados neste estudo, podem não representar a população feminina de uma forma geral, pois o questionário preparado para esta pesquisa foi aplicado apenas às pacientes portadoras de neoplasia cervical.

A importância prática deste estudo foi na identificação de alguns obstáculos que podem explicar, pelo menos parcialmente, porque algumas mulheres não fazem o exame de Papanicolaou periodicamente. Identificar os fatores associados ao conhecimento, atitude e prática do exame permitem propor mudanças de estratégia para os programas preventivos; orientando e redefinindo ações de saúde.

As mudanças de estratégia podem representar uma nova abordagem da população de risco para o câncer cérvico-uterino. Pode-se elaborar um cadastro das mulheres em faixa etária de maior risco e sexualmente ativas para a confecção de um banco de dados e, através deste, as mulheres podem ser convocadas para ações educativas, consultas e coleta do Papanicolaou.

Poderíamos aproveitar o sistema de informações já utilizados em países desenvolvidos (MILLER, 1992), como uma forma de incentivar e abordar pacientes desmotivadas, ou com vergonha para realizar o exame. No entanto, a população feminina de diferentes regiões tem características sócio-econômico-culturais peculiares e, intensa migração, que ocorre para os centros urbanizados. Por isso devemos considerar as dificuldades para manter atualizado o banco de dados e, talvez não seja factível um programa organizado.

Um aspecto de grande transcendência para o êxito dos programas de detecção é o de dar-se informação e educação adequada para as mulheres que são objeto dos programas de saúde, como também demonstram alguns autores encontrados na literatura (RESTREPO & HERRERO, 1991). Um estudo mostrou um aumento nas taxas de incidência de neoplasia invasora após cessarem os recursos investidos na educação e nos programas de rastreamento (HOLLAND, FOSTER, LOURIA, 1993).

Outros autores, concordes com nossas idéias sobre educação em saúde, observaram um aumento do rastreamento para câncer cervical, alterando o comportamento de algumas mulheres com relação ao exame de Papanicolaou, após utilização de vídeos educativos que estimulam as mulheres a fazerem o exame, e são mostrados nas salas de espera dos consultórios médicos (YANCEY, et al., 1995).

Parece-nos óbvio que deve-se investir em programas educativos, para que as mulheres cobrem dos serviços de saúde e tenham boas condições para fazer o exame de Papanicolaou. Portanto, não podemos esquecer o papel importante dos meios de comunicação de massa, como televisão e rádio. Seria um fator de grande crédito se estes meios participassem de campanhas educativas orientando as mulheres a fazerem o exame.

Possíveis ações educativas preventivas, a nível de ambientes de trabalho, devem ser estimuladas, mas, infelizmente, não atingem a maioria da população feminina de risco para o câncer cérvico-uterino, pois esta não trabalha. No entanto é possível veicular educação em saúde para as mulheres, através dos parceiros destas nos locais de trabalho. Este ponto de vista também foi salientado por autores que sugerem educação sobre a detecção da neoplasia para homens jovens, que possam encorajar suas parceiras a realizarem o exame de Papanicolaou (MILLER et al.,1991)

No entanto, é claro que não adianta estimular, ou convidar a população feminina para realizar o exame de Papanicolaou, se as pacientes não têm acesso à consulta, devido às longas distâncias e outros problemas. Portanto, faz-se necessário priorizar a implantação de unidades básicas de atendimento nas regiões mais carentes, mesmo que estas unidades sejam móveis e percorram estas localidades periodicamente, a fim de levar atendimento preventivo para a população.

Também é importante que, quando as mulheres chegarem às unidades de saúde, o período do agendamento até a consulta seja curto, bem como não tenham filas de espera para aguardar o momento da consulta. É fundamental a presença de médicos ou profissionais treinados para a coleta do exame de Papanicolaou e que, além de examinar as pacientes, tenham condições de orientá-las sobre o resultado e

a periodicidade do mesmo. Existe uma falta de agilidade, no que tange à marcação de consultas e entrega dos resultados, segundo alguns autores que concordam com nossas afirmações (GONÇALVES et al., 1986).

Por isso devemos considerar que, apesar dos muitos obstáculos que as pacientes enfrentam para consultar-se, o médico têm um papel fundamental na prática do exame. Portanto, não podemos esquecer que, para uma melhor cobertura dos programas de controle da neoplasia cérvico-uterina, deve haver educação contínua dos profissionais médicos (ZEFERINO, PINOTTI, TEIXEIRA, 1987), bem como de todos que atuam junto à área de saúde.

Tais medidas visam aumentar e atualizar o conhecimento para estes profissionais quanto à importância do exame, bem como sua periodicidade. Estas informações não devem ser restritas apenas àqueles que atuam na especialidade de ginecologia, mas deve estender-se a todos os profissionais de saúde, entendendo-se que este assunto faz parte da medicina preventiva.

Se pretendemos prevenir e controlar a evolução da neoplasia cérvico-uterina, parece-nos óbvio que devemos realizar o exame de Papanicolaou nas mulheres sexualmente ativas, na faixa etária de maior risco, cuja programação depende dos recursos disponíveis. Ora, se estes recursos são escassos, permitindo-nos realizar um número restrito de exames, e necessitamos examinar um maior

número de pacientes, devemos aumentar o intervalo entre os mesmos e restringir o exame ao grupo de maior risco (DAY, 1986).

Por fim, resta o desafio de melhorar a detecção da neoplasia cérvico-uterina, que, como este estudo mostrou, está associada a várias condições, cuja intervenção e correção dependem de continuar a tarefa de aumentar a consciência do problema aos administradores de saúde, que dão pouca prioridade aos programas de saúde pública nos países em desenvolvimento.

A implementação de programas organizados nos moldes de países desenvolvidos é uma meta que parece-nos ainda audaciosa, pois existem realidades epidemiológicas e sócio-culturais em nosso país que não devem ser esquecidas. Mas acreditamos que nossos resultados deram uma contribuição para o problema da neoplasia cérvico-uterina.

Não duvidamos que escutar as vozes das mulheres, para as quais os serviços estão destinados, é necessário para um adequado planejamento e execução das ações preventivas e de diagnóstico precoce para a neoplasia cérvico-uterina.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

6.1 - As mulheres com neoplasia invasora têm conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou mais inadequados do que aquelas com NIC.

6.2 - As mulheres com neoplasia invasora estão na maior faixa etária, residem a menos tempo em São Paulo, não trabalham fora de casa e têm dificuldades pessoais para consultar.

6.3 - A maior idade está relacionada ao conhecimento e atitude inadequados, a menor escolaridade está relacionada à atitude inadequada e, as dificuldades pessoais para consultar e não trabalhar fora estão relacionados à prática inadequada.

6.4 - Algumas mulheres não realizam periodicamente o exame de Papanicolaou porque além de terem dificuldades pessoais para consultar e não trabalharem fora, a prática do exame depende da iniciativa do médico e o intervalo entre as coletas está ligado à necessidade de consultarem-se, devido aos sintomas.

ANEXOS

Seção 1 - CARACTERÍSTICAS DA MULHER

I-1.1 - ENTREVISTADORA DIGA:

Vou fazer umas perguntas para a Sra.

1.1 Em que ano fez matrícula neste Hospital?

| 1 | 9 |

| 9 | NÃO LEMBRA

1.2 Que idade tinha nessa época?

ANOS COMPLETOS

| 9 | NÃO LEMBRA

CONFERIR COM O CÁLCULO FEITO NA CAPA

1.3 Foi à escola?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO
PASSE A 1.5

1.4 Qual a última série que completou na escola?

_____ SÉRIE DO _____

| 9 | NÃO LEMBRA

1.5 Que tipo de serviço de saúde costumava usar com maior frequência antes de matricular-se nesse hospital: público, convênio ou particular?

| 1 | PÚBLICO

| 2 | CONVÊNIO

| 3 | PARTICULAR

1.6 Trabalha fora de casa?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO
PASSE A 2.1

1.7 Que faz?

TEXTUAL: _____

Seção 2 - CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO EXAME DE PAPANICOLAOU

I-2.1 - ENTREVISTADORA DIGA:

Agora vou mudar de assunto, e perguntar coisas sobre o câncer de colo uterino e o que aconteceu antes da Sra. vir para este hospital.

2.1 A Sra. já ouviu falar do exame de Papanicolaou?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO
PASSE A 2.6

2.2 Onde tem ouvido falar ? Mais algum lugar?

MARCAR TODAS AS ALTERNATIVAS REFERIDAS.

| 1 | POSTO DE SAÚDE

| 5 | IGREJA E AFINS

| 2 | RÁDIO / TV

| 6 | PALESTRAS OU ESCOLA

| 3 | TRABALHO

| 7 | OUTROS _____

| 4 | VIZINHAS OU AMIGAS

| 9 | NÃO SABE

2.3 Para que serve o exame de Papanicolaou?

| 1 | EVITAR CÂNCER DE COLO UTERINO

| 2 | EVITAR CÂNCER NA MULHER

| 3 | OUTROS _____

| 9 | NÃO SABE

2.4 Como é feito? Conte-me? (APROFUNDAR)

TEXTUAL _____

2.5 De quanto em quanto tempo esse exame deve ser feito?

| 1 | 6/6 MESES

| 2 | 1/1 ANO

| 3 | 3/3 ANOS

| 5 | OUTROS _____ | 9 | NÃO SABE

I-2.2 - ENTREVISTADORA, SE A PERGUNTA 2.1 FOI RESPONDIDA COMO | 2 |,
 MARCAR A PERGUNTA 2.6 COMO | 3 | E PASSAR A 2.8

2.6 Qual a sua atitude com relação ao exame, considera-o: muito necessário, necessário ou desnecessário?

| 1 | MUITO NECESSÁRIO

| 2 | MAIS OU MENOS NECESSÁRIO

| 3 | DESNECESSÁRIO

2.7 Pôr que a Sra. acha _____ (VER RESPOSTA 2.6) fazer o exame?

TEXTUAL _____

2.8 Alguma vez já fez o exame de Papanicolaou?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO
 PASSE A 2.11

2.9 Com que frequência fazia o exame de Papanicolaou?

| 1 | 6/6 MESES

| 2 | 1/1 ANO

| 3 | 3/3 ANOS

| 4 | 5/5 ANOS

| 5 | ACIMA DE 5 ANOS

| 6 | 1 VEZ (DIAGNÓSTICO ATUAL)
 PASSE A 2.11

2.10 Por que fazia o exame de Papanicolaou de _____ (VER RESPOSTA 2.9)

| 1 | FOI FEITO ASSIM PELO MÉDICO

| 2 | OUVIU DIZER PARA FAZER ASSIM

| 4 | OUTROS _____

| 9 | NÃO SABE

I-2.3 - ENTREVISTADORA, PASSE A 3.1

2.11 Pôr que nunca fez ou fez uma vez o exame de Papanicolaou. Vou dar algumas alternativas para a senhora escolher. Mais alguma coisa?

Desmotivação/Despreocupação	1 SIM	2 NÃO
Tem vergonha de médico	1 SIM	2 NÃO
O médico nunca pediu	1 SIM	2 NÃO
Não pode deixar as crianças/ parentes	1 SIM	2 NÃO
Não pode faltar no trabalho	1 SIM	2 NÃO
Não tem médico/ não tem vaga	1 SIM	2 NÃO
Sempre tem greve/ Demora para marcar consulta	1 SIM	2 NÃO
O local da consulta é muito longe	1 SIM	2 NÃO
Outros _____		

Seção 3 - EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 A Sra. veio a este hospital encaminhada ou por conta própria?

| 1 | POR CONTA PRÓPRIA

| 2 | FUI ENCAMINHADA PASSE A 3.4

3.3 Por quê veio por conta própria? (APROFUNDAR)

TEXTUAL _____

PASSE A I 3.1

3.4 Por quê foi encaminhada? (APROFUNDAR)

TEXTUAL _____

3.5 Quando foi encaminhada, deram um papel para a Sra. marcar a consulta?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

3.6 O encaminhamento deu certo?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

PASSE A 3.9

3.7 O que aconteceu?

| 1 | O PAPEL ESTAVA PREENCHIDO ERRADO

| 2 | O LOCAL PARA CONSULTAR NÃO TINHA VAGA

| 3 | NÃO INFORMARAM DIREITO AONDE IR

| 4 | NÃO SABIA O QUE FAZER COM O PAPEL

| 5 | OUTROS _____

| 9 | NÃO SABE

3.8 Como resolveu estes problemas? (APROFUNDAR)

TEXTUAL _____

3.9 Quanto tempo passou desde a consulta que a encaminharam até chegar neste hospital?

| 1 | ATÉ 1 MÊS

| 2 | DE 1 A 3 MESES

| 3 | MAIS DE 3 MESES ATÉ 6 MESES

| 4 | MAIS DE 6 MESES ATÉ 1 ANO

| 5 | MAIS DE 1 ATÉ 3 ANOS

| 6 | OUTROS _____

| 9 | NÃO SABE

I-3.1 ENTREVISTADORA DIGA: Agora vou lhe perguntar sobre consultas, que fazia antes de vir a este hospital.

3.10 Por quê costumava consultar-se: para ver se estava tudo bem ou por quê sentia alguma coisa?

| 1 | PARA VER SE ESTAVA TUDO BEM

| 2 | PORQUE SENTIA ALGUMA COISA

3.11 Quanto tempo demorava da sua casa até o lugar dessa consulta?

TEXTUAL _____

3.12 Tinha alguma dificuldade pessoal para ir à essa consulta ?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO
PASSE A 3.14

3.13 Qual? Vou lhe dar algumas alternativas: Mais alguma coisa?

Era muito longe | 1 | SIM | 2 | NÃO

Não tinha dinheiro/transporte difícil | 1 | SIM | 2 | NÃO

Não podia deixar as crianças/ parentes doentes | 1 | SIM | 2 | NÃO

Não podia faltar ao trabalho | 1 | SIM | 2 | NÃO

Outros _____

3.14 No local da consulta tinha dificuldade para ser atendida?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO
PASSE A 3.16

3.15 Qual? Vou lhe dar algumas alternativas: Mais alguma coisa?

Não tinha médico | 1 | SIM | 2 | NÃO

Estava sempre em greve | 1 | SIM | 2 | NÃO

O médico demora para consultar | 1 | SIM | 2 | NÃO

Tem muita fila | 1 | SIM | 2 | NÃO

Outros _____

3.16 Nessas consultas, a Sra. costumava ser atendida bem, regular ou mal?

| 1 | BEM

| 2 | REGULAR

| 3 | MAL

3.17 Pôr quê? (APROFUNDAR)

TEXTUAL _____

I-3.2 - ENTREVISTADORA MARQUE A ALTERNATIVA SEGUNDO A RESPOTA 2.1.

| 1 | CONHECIA O EXAME PAPANICOLAOU PASSE A 3.18

| 2 | NÃO CONHECIA O EXAME PAPANICOLAOU PASSE A 3.27

3.18 Nessas consultas costumava fazer o exame Papanicolaou?

| 1 | SIM | 2 | NÃO
PASSE A 3.20

3.19 Pôr quê?

TEXTUAL _____

_____ PASSE A 3.27

3.20 A Sra. pedia para fazer esse exame ou era feito sem a Sra. pedir?

| 1 | PEDIA

| 2 | ERA FEITO

3.21 Ficava sabendo o resultado?

| 1 | SIM
PASSE A 3.23

| 2 | NÃO

3.22 Pôr quê?

TEXTUAL _____

3.23 Foi orientada a repetir o Papanicolaou regularmente?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO
PASSE A 3.27

3.24 Com que frequência foi orientada a repetir o exame?

TEXTUAL _____

3.25 Fez conforme a orientação que recebeu?

| 1 | SIM
PASSE A 3.27

| 2 | NÃO

3.26 Por quê?

TEXTUAL _____

3.27 Deseja falar mais alguma coisa sobre este assunto

TEXTUAL _____

Anexo 2

INSTRUÇÕES PARA A ENTREVISTADORA

Sra. entrevistadora, a paciente deve estar ciente de que esta entrevista faz parte da pesquisa na qual irá participar, e ela deverá ter assinado o termo de consentimento antes de iniciar esta entrevista.

A parte de baixo da primeira página do questionário é destacável. Nela constarão os dados pessoais que serão mantidos em sigilo. Após a revisão e correção, se necessário, será destacada e a mulher será identificada apenas por um número.

A entrevistadora deve checar os critérios de inclusão antes de iniciar a entrevista. Tais como idade na matrícula (calculado pela data de nascimento e data de matrícula) e tempo de residência no Estado de São Paulo.

As perguntas deverão ser lidas em voz alta, tal como estão escritas. No caso da mulher não entender, será lido novamente e, após isso, se necessário, poderá ser explicada sem mudar o sentido. Algumas perguntas permitem várias alternativas de respostas.

Os questionários serão identificados da seguinte forma:

Grupo 1 - pacientes com LIE de alto grau

iniciar com o nº 1 seguido da numeração contínua, ex.: 01 ,02 ,etc.

Grupo 2 - pacientes com câncer invasor

iniciar com o nº 2 e prosseguir idem acima

Anexo 3

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu,, abaixo assinada, concordo em participar voluntariamente do estudo sobre detecção de câncer de colo uterino. Estou ciente de que minha participação consiste em responder um questionário no dia da minha consulta. Fui informada de que, caso não queira responder, isso em nada prejudicará meu atendimento médico.

Para qualquer esclarecimento procurarei a Dra. Sylvia Brenna, no Ambulatório de Câncer Ginecológico. (fone: (011) 292-4188 r/247, às terças-feiras - 11 horas). Sei que receberei os vales transportes necessários para ida e volta e alimentação no dia da entrevista, caso seja necessário despende mais tempo do que o habitual para a consulta.

São Paulo,de.....de 199.....

Assinatura:

Entrevistadora:

Assinatura.....

SUMMARY

8. SUMMARY

Brazil presents high cervical cancer mortality rates, in spite of screening programmes for control of this disease. The objective of the study was to investigate knowledge, attitude and practice of Pap smear among women with cervical neoplasia, socio-demographic characteristics, difficulties to consult and quality of care, to understand why some do not have a Pap smear periodically. This was descriptive study with a KAP (knowledge, attitude and practice) component, carried out at the Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros - São Paulo State Health Secretariat - in São Paulo city. Subjects were diagnosed between 1993 and 1995. The sample size was 138, P 10% and α 0,05. Women were interviewed using a questionnaire. Bivariate and logistic regression was used for the analysis. Inadequate knowledge, attitude and practice were higher among women with invasive neoplasia. They were older, had lived in São Paulo city during fewer years, were homemakers and had personal difficulties to consult. Inadequate knowledge was associated to older age; inadequate attitude to older age and little schooling, and inadequate practice to personal difficulties and being a homemaker. Having a Pap smear depended on a physicians' request, and interval between tests was determined by the women's need to consult because they were feeling unwell.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, E.- Avaliação da situação das ações de controle. **Rev. Bras. Cancer** **31**:185-188, 1985.

AQUINO, E.M.L.; CARVALHO, A.I.; FAERSTEIN, E.; RIBEIRO, D. C. S. -
Situação atual da detecção precoce do câncer cérvico-uterino no Brasil.
Cad. S. Públ., **2**:53-65, 1986.

ANDERSON, G. H.; BOYES, D.A.; BENEDET, J. L.; LE RICHE, J. C.;
MATISIC, J. P.; SUEN, K. C.; WORTH, A.J.; MILLNER, A.; BENEDET,
O.W. - Organization and results of the cervical cytology screening programme
in British Columbia, 1955-85. **Br. Med. J.**, **296**:975-8, 1988.

ANDREN, S. M. - Cervical cytology screening convenient for the workforce. **J. Soc.
Occup. Med.** **41**:68-170, 1991.

BARBOSA, R.B.; BARBOZA, O.; RAMOS, A.N. - Câncer cévico-uterino: um
problema saúde pública. **J. Bras. Ginec.**, **96**:305-308, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Campanha nacional de Combate ao Câncer.

Atenção ao câncer: resumo histórico. Rio de janeiro, janeiro/1987. (Normas e
manuais técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

Programa de Oncologia - Pro-onco. Consenso: periodicidade e faixa etária no

exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. Reunião de Consenso. Rio de Janeiro, Outubro/1988. (Normas e manuais técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: a magnitude do problema.

Diretrizes para o quinquênio 1990-1994. Rio de Janeiro, Março/1990. 32p
(Normas e manuais técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações Epidemiológicas. Estatísticas de Mortalidade: Brasil, 1987. Brasília. Ministério da Saúde, 1992. 372p (Normas e manuais técnicos, série G).

BISHOP, A.; WELLS, E.; SHERRIS, J.; TSU, V.; CROOK, B. - Cervical cancer: evolving prevention strategies for developing countries. **Reprod. Health Matters**, 6:60-71, 1995.

BOYES, D. A.; MORRISSON, B.; KNOX, E. G.; DRAPER, G. J.; MILLER, A. B. - A cohort study of cervical cancer screening in British Columbia. **Clin. Invest. Med.**, 5:1-29, 1982.

CABEZAS - CRUZ, E. - Experiência global con programas de tamizaje en lesiones premalignas del cervix, Cuba, 1985 a 1986. **Rev. Cubana Obstet. Ginecol.**, 15:177-184, 1989.

- CALLE, E. E.; FLANDERS, D.; THUN, M. J.; MARTIN, L. M. - Demographic predictors of mammography and Pap smear screening in US women. **Am. J. Publ. Health** **83**:53-60, 1993.
- CANADIAN CANCER SOCIETY - Report of a national workshop on screening for cancer of the cervix., Ottawa, CCS, 1990. 46p. (Recommendations)
- CELENTANO, D. D.; KLASSEN, A. C.; WEISMAN, C. S.; ROSENSHEIN, N. B. - Duration of relative protection of screening for cervical cancer. **Prev. Med.**, **18**:411-22, 1989.
- CHONG, C.Y.P.; FAUNDES, A.; HARDY, E. - Estudo de fatores sócio-demográficos associados ao conhecimento e à realização do exame de Papanicolaou. Campinas, 1990. (Tese de Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).
- COCKBURN, J.; HIRST, S.; HILL, D.; MARKS, R. - Increasing cervical screening in women of more than 40 years of age: on intervention in general practice. **Med. J. Australia**, **152**:190-193, 1990.
- CUNHA, M. M. P. L. - Controle do câncer de colo uterino: rastreamento em saúde pública. **Rev. Bras. Cancerol.**, **32**:263-283, 1986.

- DAY, N. E. - Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. **British Med. J.**, **293**:659-293, 1986.
- DECHAMPS, M.; BAND, P. R.; HISLOP, T. G.; CLARKE, H.F.; SMITH, J. M.; NG, V.T.Y. - Barriers to cervical cytology screening in native women in British Columbia. **Cancer Detec. Prev.**, **16**:337-339, 1992.
- DECLARAÇÃO DE HELSINKI. Recomendaciones para guiar los médicos en la investigación biomedica en seres humanos. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, **108**: 626- 637, 1990.
- FAERSTEIN, E. - População-alvo e frequência da detecção do câncer de colo uterino. **Cad. IMS**, **3**:111-133, 1987.
- FINK, D. J. - Guidelines for the cancer-related checkup. Atlanta, American Cancer Society, 1991. 45p. (Recomendations and rationale)
- GÓES, J. S. Jr. - Banco de dados para prevenção e detecção do câncer: uma análise sobre nova base no Estado de São Paulo. PRODESP, 1986. 99p. (Manual e normas técnicas, 3)
- GONÇALVES, D. A.; REZENDE, D.; VÊNCIO, E. F.; COSTA, E. A. C.; SANTOS, I.; PINTO, J. B. Seguimento de casos de câncer de colo uterino nos serviços da Secretaria de Saúde. **Cad. S. Col.** **3**:91-109, 1986.

HARAN, D.; EARDLEY, A.; ELKIND, A.; SPENCER, B.; SMITH, A. - Trends in the organization of cervical cancer screening. **J. R. S. H.**, 1:17-19, 1990.

HARLAN, L. C.; BERNSTEIN, A. B.; KESSLER, L. G. - Cervical cancer screening: who is not screened and why? **Am. J. Publ. Health** 81: 885-890, 1991.

HOLLAND, B. K.; FOSTER, J. D.; LOURIA, D. B. - Cervical cancer and health care resources in Newark, New Jersey, 1970 to 1988. **Am. J. Publ. Health** 83:45-48, 1993.

INTERNATIONAL TRAINING FOR HEALTH (INTRAH). Causes, prevention and detection of cancer of the uterine cervix in developing countries. Draft 3, ChapeHill, USA, 1995. 23p. (Training Informatin Packet)

KERNER, J. F.; ANDREWS, H.; ZAUBER, A.; STRUENING, E. - Geographically-based cancer control: methods for targeting and evaluating the impact of screening interventions on defined populations. **J. Clin. Epidemiol.**, 41:543-553, 1988.

KISH, L., **Survey Sampling**, New York, John Willy and Sons, 1965. 300p.

KOOPMANSCHAP, M. A.; ONTMARSSSEN, G. J.; AGT, H. M. A.;

BALLEGOOEJEN, M.; HABBEMA, J. D. F.; LUBBE, K. T. N. - Cervical

cancer screening: attendance and cost-effectiveness. **Int. J. Cancer**, **45**: 410-415, 1990.

KOTTKE, T. E.; TRAPP, M. A.; FORES, M. M.; KELLY, A. W.; JUNG, S.; NOVOTNY, P.J.; PANSER, L. A. - Cancer screening behaviors and attitudes of women in southeastern Minnesota. **JAMA**, **273**:1099-1105, 1995.

LAMADRID, S. A. - La mujer pobladora, su corpo y su salud: actitudes frente al cancer cervico uterino. Santiago, 1994. (Monografia para graduação em Ciências Sociais -Pontificia Universidade Católica)

LERMAN, C.; CAPUTO, C.; BRODY, D. - Factors associated with inadequate cervical cancer screening among lower income primary care patients. **J. Am. Board of Family Prac.**, **3**:151-156, 1990.

LYNGE, E. Screening for cancer of the cervix uteri. **World J. Surg.**, **13**: 71-78, 1989.

MAMON, J. A.; SHEDIAC, M. C.; CROSBY, C. B.; SANDERS, B.;

MATANOSKI, G. M.; CELENTANO, D. D. - Inner-City womwn at risk for cervical cancer: behavioral and utilization factors related to inadequate screening. **Prev. Med.** **19**:363-376, 1990.

MASCOTTI, G.; MANON, C.; FRASSON, A.; BERTUOL, M.; FARANTE, G. -
Estratégias para um Programa de Rastreamento do Câncer de Colo Uterino.
G.O., 6:13-18, 1994.

MENDONÇA, G. A. S. - Câncer na população feminina brasileira. **Rev. S. Públ.**,
27:68-75, 1993.

MILLER, A. B.; CHANBERLAIN, J.; DAY, N. E.; HAKAMA, M.; PROROK, P.
C. - Report on a workshop of the UICC project on evaluation of screening for
cancer. **Int. J. Cancer**, 46:761-9, 1990.

MILLER, A. B.; ANDERSON, G.; BRISSON, J.; LAIDLAW, J.; Le PITRE, N.;
MALCOLMSON, P.; MIRWALDT, P.; STUART, G.; SULLIVAN, W. -
Report of a national workshop on screening for cancer of the cervix. **Canadian
Med. Ass. J.** 145:1301-1325, 1991.

MILLER, A. B. - Cervical cancer screening programmes. Geneva, WHO, 1992,
50p. (Managerial guidelines)

MURRAY, M. & McMILAN, C. - Health beliefs, locus of control, emotional
control and women's cancer screening behavior. **British J. Cl. Psychology**,
32:87-100, 1993.

NORMAN, S. A.; TALBOTT, E. O.; KULLER, L. H.; KRAMPE, B. R.;

STOLLEY, P. D. - Demographic, psychosocial, and medical correlates of Pap testing: a literature review. **Am. J. Prev. Med.**, 7:19-21, 1991.

ORGANIZATION PANAMERICANA DE LA SALUD - Manual de normas y procedimientos para el control del cancer de cuello uterino. OPS, 1990.

(Manual de normas y procediemntos, 6)

ÖSTÖR, A. G. - Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. **Int. J. Gynecol. Pathol.** 12:186-92, 1993.

PALLI, D.; CARLI, S.; CECCHINI, S.; VENTURINI, A.; PIAZZESI, G.;

BUIATTI, E. - A centralised cytology screening programme for cancer cervical in Florence. **J. Epidemiol. Comm. Health**, 44:47-51, 1990.

PAPANICOLAOU, G. N. & TRAUT, H. F. - Diagnoses of uterine cancer by the vaginal smears. The Common Wealth Fund, 1943. Apud CHONG, C.Y.P.;

FAUNDES, A.; HARDY, E.- Estudo de fatores sócio-demográficos associados ao conhecimento e à realização do exame de Papanicolaou. Campinas, 1990.

(Tese de Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).

PINOTTI, J. A.- Experiência do Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino de Campinas - Brasil. **J. Bras. Gin.**, 82:461-471, 1976.

- PINOTTI, J. A. & BORGES, S. R. - Seguimento efetivo dos casos detectados de carcinoma do colo uterino. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, 3:223-236, 1977.
- PINOTTI, J.A. Por um sistema de atenção integral à mulher. **Rev. IMIP**, 1 (1): 103-114, 1987.
- PINOTTI, J. A.; FAUNDES, A.; HARDY, E. E.; SIMÕES I. R.; OSIS M. J. D.; SOUZA T. R.; MORAES T. M. - Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. **Rev. Ginec. e Obst.**, 1:7-21, 1990.
- PINTO - GEIGEL, M. J.; PIROVANI, C. G.; GRANT, W. A.- Analises del programa de deteccion precoz del câncer cervico-uterino. Las Tunas. Anos 1980-1986. **Rev. Cubana Obstet. Ginecol.**, 18:81-88, 1990.
- PROJETO de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino: plano de trabalho quinquenal - período 1988 a 1993. **Rev. Bras. Cancerol.**, 34:209-219, 1988.
- RAMOS, S. & PANTELIDES, E. A.- Dificultades en la prevention secundaria del cancer de cuello de utero: las mujeres y los medicos frente a una citologia cervical de resultado positivo. Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 1990. 123p. (Documento CEDES, 43)

- RESTREPO, H. E.; GONZALEZ, J.; ROBERTS, E.; LITVAK, J. - Epidemiologia e controle do câncer de colo uterino em América Latina e Caribe. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, 102:578-591, 1978.
- RESTREPO, H. E.; HERRERO, R.- Deteccion (screening) de cancer ginecologico en America Latina., Quito, OPS/OMS, 1991. 14p. (Programa de promocion de salud)
- RESTREPO, H. E.- Cancer de la mujer en America Latina y el Caribe: epidemiologia y control. Washington, OPS/OMS, 1992. 51p. (Programa de promocion de la salud)
- RICHARDT, R. M. - The natural history of cervical intraepithelial neoplasia. **Clin. Obstet. Gynecol.**, 10: 748, 1967
- ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S. - Aparelho genital feminino. In: _____ **Patologia estrutural e funcional**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1983. p.1043-1048.
- SÃO PAULO . Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-68, 8 março de 1991. São Paulo, Diário Oficial, 1991. 23p.
- SEOW, A.; WONG, M. L.; SMITH, W. C. S.; LEE, H. P.- Beliefs and attitudes as determinants of cervical cancer screening: a community-based study in Singapore. **Prev. Med.** 24:134-141, 1995.

- SIGURDSON, K. - Effect of organized screening on the risk of cervical cancer evaluation of screening activity in Iceland. **Int. J. Cancer**, **54**:563-570, 1993.
- SOARES, R. R. S.; BRUMINI, R.; HIDALGO, G. S. - Laboratórios de anatomia patológica e de citopatologia. Diagnóstico da situação 1988-89. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde - CADAIS, 1993. 97p.
- STUSSER, R.; FERNANDEZ, R.; ZAYAS, A.; PLÁ, L.; DIAZ, D.; MARINELLO, Z. - La reducción de la mortalidad del cáncer cervicouterino por su programa. Evolución y pronóstico administrativo preliminar. **Rev. Cubana Oncol.**, **4**: 83-103, 1988.
- U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE - Screening for cervical cancer. - **An. F. Physician**, **41**:853-7, 1990.
- THOMAS, S. M. & FICK, A.C. - Women's health: early detection. **J. la State Med. Soc.**, **146**: 152-158, 1994.
- ZEFERINO, L. C. - Programação e avaliação das atividades de controle. A experiência de Campinas. **Rev. Bras. Cancerol.**, **31**:205-210, 1985.
- ZEFERINO, L. C.; PINOTTI, J. A.; TEIXEIRA, L. C. - O problema do câncer ginecológico e mamário. **Femina**, **15**:198-212, 1987.
- ZEFERINO, L. C.; BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. - Influência da idade ao início da atividade sexual e do número de parceiros sexuais da mulher na história

natural da neoplasia do colo uterino. Campinas, 1994. [Tese de Doutorado -
Universidade Estadual de Campinas]

WARWICK, D. P.; LININGER, A. C. - Introduction. In: _____ **The Sample
Survey: Theory and Practice**. New York, Mc Graw Hill, 1975. p. 4-19.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Internacional Agency for Research
on Cancer (IARC) - **Cancer Incidence in Five Continents: Volume IV**.
IARC Scientific Publication n°42., Lyon, WHO, 1982, 811p.

WORD HEALTH ORGANIZATION - Cytological screening in the control of
cervical cancer. Geneve, WHO, 1988, 52p. (Technical guidelines)

YANCEY, A. K.; TANJASIRI, S. P.; KLEIN, M.; TUNDEY, J. - Increased cancer
screening behavior in women of color by culturally sensitive video
exposure. **Prev. Med.** 24:142-148, 1995.