

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ISADORA CRISTINA RODRIGUES DE AMORIM PEREIRA**

**MOTIVOS RELACIONADOS À NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU  
POR MULHERES DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA**

**Maceió**

**2017**

ISADORA CRISTINA RODRIGUES DE AMORIM PEREIRA

**MOTIVOS RELACIONADOS À NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU  
POR MULHERES DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA**

Trabalho de conclusão do curso de enfermagem apresentado à Universidade Federal de Alagoas, para obtenção de certificado de graduação.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jôvania Marques de Oliveira e Silva

Maceió  
2017

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
Bibliotecário: Valter dos Santos Andrade – CRB-1251

P436m Pereira, Isadora Cristina Rodrigues de Amorim.  
Motivos relacionados à não realização do exame Papanicolau por  
mulheres de uma comunidade quilombola / Isadora Cristina Rodrigues de  
Amorim, Maceió – 2017.  
58 f. : il.

Orientadora: Jôvania Marques de Oliveira e Silva.  
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –  
Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia, Maceió,  
2017.

Bibliografia: f. 34-37.  
Apêndices: f. 44-46  
Anexos: f. 43-47.

1. Mulheres quilombolas – Teste de Papanicolau. 2. Saúde da mulher.  
3. Enfermagem. Título.

CDU: 616-083

ISADORA CRISTINA RODRIGUES DE AMORIM PEREIRA

**MOTIVOS RELACIONADOS À NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU  
EM MULHERES DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA**

Trabalho de conclusão do curso de enfermagem apresentado à Universidade Federal de Alagoas, para obtenção de certificado de graduação.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jovânia Marques de Oliveira e Silva (Orientadora)  
Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas

**Banca examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Ms. Sueli Teresinha Cruz Rodrigues (1º Examinadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Clodis Maria Tavares (2º Examinadora)

*A Deus, sem o Qual eu não teria chegado tão longe,  
deixo minha eterna gratidão.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por toda ajuda e força durante esses anos em que muitas vezes me vi angustiada e sem forças para continuar. Porém Ele, em sua infinita misericórdia, sempre esteve ao meu lado, me mostrando que sou mais forte do que imaginava.

Aos meus pais, **Cristina e Pereira**, por toda paciência e força durante os anos de faculdade. Sem vocês eu nada seria.

As minhas irmãs, **Thaysa e Yasmin**, pelo amor, incentivo e cuidado.

As minhas tias, **Gorete, Fátima, Betânia e Patrícia**, que sempre tão presentes me ajudaram a concluir mais essa etapa da minha vida.

A minha **família**, por toda a torcida e incentivo.

A minha madrinha de crisma, **Marileide**, obrigada por todas as orações e também pela torcida.

As minhas amigas **Vanessa, Jéssica, Lauriana, Andressa, Thayse, Isabella, Viviane, Déborahe** ao meu amigo **Tiago**, que sempre estiveram dispostas(os) a me ouvir e a sonhar comigo.

A minha orientadora, **Jovânia**.

A todas as **professoras e professores** que passaram por minha vida em algum momento, agradeço infinitamente cada conhecimento transmitido. Vocês todos me ajudaram a chegar a nesse dia.

Agradeço à comunidade **Muquém** e também a toda a equipe do **ESF Santa Luzia**, que tão bem me recebeu.

Agradeço às **mulheres** que se disponibilizaram e me receberam em suas casas para a realização da minha pesquisa. Gratidão

*“Pies para qué los quiero si tengo alas para volar?”*

*Frida Kahlo*

## RESUMO

O câncer do colo do útero é um tipo de câncer que se destaca entre os maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo, especialmente em países em desenvolvimento. A realização do exame para detecção precoce é importante para o controle do número de mulheres que irão desenvolver o câncer e também para a porcentagem de cura daquelas que descobrem a doença precocemente. Diante disso, o estudo teve como objetivo identificar as razões pelas quais essas mulheres não buscaram os serviços para a realização do exame citológico. Trata-se ainda de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas e realizado com sete mulheres no povoado Muquém, localizado a 5km do centro de União dos Palmares. A coleta dos dados ocorreu após aprovação no Comitê de Ética, através da aplicação de uma entrevista semiestruturada que foi gravada e posteriormente transcrita. Os dados obtidos foram submetidos a análise sob a luz da Teoria de Dorothea Elizabeth Orem, subsidiada pela análise de conteúdo de Bardin. Os resultados obtidos com essa análise mostraram que a maioria das mulheres referiram o medo e a vergonha como motivos para a não realização de exame, corroborando, assim, a maioria dos estudos pesquisados. Além disso, grande parte das entrevistadas afirmou nunca ter recebido qualquer informação sobre o exame por parte dos profissionais de saúde. Portanto, fica cada vez mais claro, com a pesquisa, que os sentimentos relacionados a prática do exame influenciam na busca por informações e pelo serviço para prevenção.

**Palavras-chave:** Exame Papanicolau; População Negra; Saúde da Mulher; Enfermagem

## ABSTRACT

Cervical cancer is a kind of cancer that stands out as one of the major health problems in Brazil and in the world, especially in developing countries. Screening tests for early detection is important for the control of the number of women who will develop cancer as well as to the percentage of cure of those who prematurely diagnosis the disease. Based on that, this study aimed to identify the reasons why these women didn't seek the services for cytological examination. This is also a qualitative, descriptive and explanatory study, approved by the Ethics in Reseach Committee of the Federal University of Alagoas, carried out with seven women in Muquém village, located 5 kilometers from União dos Palmares downtown. Data collection occurred after the approval of Ethic Committee through the application of a semi-structured interview which was recorded and later transcribed. Data obtained were submitted to analysis under the Dorothea Elizabeth Orem's Theory, subsidized by the analysis of Bardin's conceptions. Results obtained with analysis showed that the majority of women mentioned fear and shame as reasons for not getting examinations thus corroborating with the majority of studies researched. In addition, the large majority of the women interviewed asserted that they had never received any kind of information about the examination from health professionals. Therefore, it becomes increasingly clear with this study that the feelings related to the screening tests affects the search on information and services for prevention.

**Keywords:** Papanicolaou test; black population; women's health; nursing.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AL – Alagoas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF – Equipe Saúde da Família

HPV – Papiloma Vírus Humano

HSIL – Lesões Intraepiteliais de Alto Grau

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

INCA – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva

JEC – Junção Escamo-colunar

LSIL – Lesões Intraepiteliais de Baixo Grau

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer de Colo do útero

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Dados de caracterização dos participantes. Maceió, 2017.....	25
--	----

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1. Tipo de estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2. Cenário do estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3. Participantes do estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>3.4. Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>19</b>
<b>3.5. Coleta de dados .....</b>	<b>20</b>
<b>3.6. Análise dos dados.....</b>	<b>20</b>
<b>3.7. Aspectos éticos.....</b>	<b>21</b>
<b>3.8. Aproximação das participantes .....</b>	<b>21</b>
<b>3.9. Limitações encontradas durante o estudo .....</b>	<b>22</b>
<b>4. REFERÊNCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>38</b>
<b>Apêndice A – Instrumento para coleta de dados .....</b>	<b>38</b>
<b>Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E) .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>
<b>Anexo A – Autorização Institucional da Comunidade .....</b>	<b>43</b>
<b>Anexo B – Autorização Institucional da Secretaria Municipal de Saúde.....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo C – Carta de aprovação do Comitê de Ética.....</b>	<b>45</b>
<b>Anexo D – Comprovante de submissão do artigo.....</b>	<b>46</b>

## 1- INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a identificação de mulheres de uma comunidade quilombola que nunca realizaram o exame de Papanicolau. O interesse pelo tema surgiu em decorrência de uma conversa com minha orientadora, após observação de campo, na qual constatei que nessa comunidade, apesar da oferta do serviço, muitas mulheres não haviam realizado o exame. O presente estudo é parte do Projeto Universal coordenado pela orientadora – Estudo epidemiológico da comunidade quilombola do primeiro quilombo do Brasil – CNPq.

No Brasil, o exame de Papanicolau é a principal forma de detectar precocemente e prevenir o câncer cérvico-uterino. Esse exame é realizado através da coleta e do estudo de células de parte da ectocérvice e da endocérvice, mais precisamente, da junção escamo-colunar (JEC); é prioritariamente realizado em mulheres entre 25 e 64 anos de idade. No entanto, apesar de a atenção primária oferecer meios para prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino, existem ainda muitas mulheres que por diversos motivos não realizaram esse exame e mostram-se, por consequência, susceptíveis a uma descoberta mais tardia da doença (SILVA, 2016; FONSECA et al., 2016).

A importância epidemiológica do câncer, no Brasil, deve-se à sua magnitude, seu fator econômico e social, e também aos altos custos para o seu tratamento. De acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), para o biênio 2016-2017 são esperados no país 596 mil novos casos de câncer. Desses, são estimados 295.200 entre os homens e 300.800 entre as mulheres.

O câncer de colo de útero ainda contribui de forma importante para a carga de doença na maioria das mulheres, figurando como o segundo com maior incidência e como a segunda causa de morte por câncer em mulheres. Ainda segundo essa estimativa, o câncer uterino é o oitavo mais incidente no Nordeste, com 4,58/100 mil habitantes, sendo esperados para 2016, na capital, 19,78/100 mil habitantes desse tipo de câncer.

Nessa realidade, a mulher negra se destaca por formar um grupo de risco devido a algumas peculiaridades causadas pela desigualdade social, étnico-racial e de gênero ainda muito presentes na realidade dessa população. É sabido que a distribuição desigual de renda e a discriminação por raça ou gênero são fatores que, sem dúvida, produzem iniquidades em saúde e por esse motivo afastam essa mulher dos serviços de saúde, impossibilitando, assim, a prevenção pelo Papanicolau e até mesmo um tratamento precoce quando necessário

(DIRETRIZES PARA ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS, 2014).

Nesta perspectiva, o presente estudo busca demonstrar que a relevância desse processo está na descoberta precoce da doença através do exame Papanicolau, que visa detectar alterações no colo do útero, proporcionando, assim, a descoberta e o tratamento da mulher de forma mais rápida. Nesse processo, o enfermeiro pode contribuir de forma a orientar a mulher para que procure o serviço a fim de realizar o exame, como forma de detecção precoce do câncer de colo de útero. **Neste contexto, pressupõe-se que a não adesão da mulher à realização do exame de Papanicolau ocorre, possivelmente, por iniquidades que afastam a mulher negra do serviço de saúde.**

Desta forma, conforme exposto na literatura acima, surgiu o seguinte questionamento: quais os motivos relacionados à não realização do exame de Papanicolau por mulheres dessa comunidade quilombola? Para responder à pergunta norteadora, o estudo tem como objetivo identificar as razões pelas quais essas mulheres não buscaram os serviços para a realização do exame citológico.

## 2- REVISÃO DE LITERATURA

O câncer é uma enfermidade que tem causas sociais, de hábitos de vida e alimentares, culturais, socioeconômicos, genéticos e o próprio envelhecimento. Os vários tipos de cânceres são causados por inúmeros fatores de risco, que atualmente são bem explicados no processo da doença (OLIVEIRA et al., 2013). A incidência de neoplasias vem crescendo no mundo todo, principalmente em países em desenvolvimento, onde o impacto dessa doença na população corresponde a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos esperados para 2025 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Segundo a estimativa para o biênio 2016-2017 do INCA (2015), são esperados, no Brasil, cerca de 600 mil novos casos de câncer. Entre as mulheres, sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os mais frequentes são: mama (28,1%), intestino (8,6%) e colo do útero (7,9%). A maioria dos casos, cerca de 70%, ocorre em países menos desenvolvidos, começando, geralmente, a partir dos 30 anos. Já para câncer de útero são esperados, no Brasil, 16.340 novos casos para 2016 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

No entanto, apesar dos números alarmantes e crescentes, o câncer cérvico-uterino é uma neoplasia que apresenta evolução bastante lenta; mostra-se pouco sintomático no início e dispõe de um exame de rastreamento simples, barato e eficaz, o que facilita sua descoberta e tratamento (BRASIL, 2013).

Para Rufino et al. (2016, p. 214), o câncer do colo do útero é uma doença crônica que pode existir a partir de mudanças intraepiteliais e que podem, no tempo médio de cinco a seis anos, se transformar em processo invasor. Essa patologia tem sua origem principalmente na junção escamo-colunar (JEC).

É considerada uma doença silenciosa e progressiva, que pode se desenvolver sem que a mulher saiba por vários anos e sem demonstrar nenhum sintoma. Por esse motivo é considerado um dos maiores agravos à saúde feminina, principalmente para mulheres socialmente excluídas. A doença apresenta, ainda, lesões precursoras (alterações atípicas das células), que podem ser: LSIL (leve) e HSIL (moderada e grave), chamadas displasias (BRASIL, 2013).

Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (2016) no Brasil, o controle do câncer cérvico-uterino teve seu ponto inicial ainda no ano de 1940, com a iniciativa de alguns profissionais de saúde que introduziram em suas práticas a citologia e também a colposcopia. Ainda segundo essas diretrizes, a primeira iniciativa de cunho institucional, no entanto, só surgiu em 1956, quando o presidente Juscelino Kubitschek

patrocinou a construção do Centro de Pesquisa Luíza Gomes de Lemos, que atualmente é integrado ao INCA.

Entre os anos de 1972 e 1975, o Ministério da Saúde, por meio da Divisão Nacional de Câncer, desenvolveu o Programa Nacional de Controle do Câncer, que apesar de se destinar a ações gerais de prevenção, deu ênfase no rastreamento do câncer de colo do útero. Já em 1986 foi criado o Programa Oncologia (PRON-ONCO), incorporado ao INCA quando este passou a ser o órgão responsável pelas políticas nacionais de prevenção ao câncer, após a criação do SUS em 1988 (TEIXEIRA, 2015).

Dado, portanto, o caráter de bom prognóstico da doença, quando descoberta no início, as políticas públicas de saúde desenvolvidas para esse público em especial têm um grande impacto na vida dessas mulheres e também quanto às chances de cura. Silva et al. (2013) afirmam que o grande potencial para cura e prevenção desse tipo de câncer está associado, principalmente, às etapas bem definidas que a doença apresenta, bem como à facilidade de ser diagnosticada precocemente com o auxílio do exame de Papanicolau. Programas de rastreio podem ser eficazes na redução da mortalidade entre as mulheres por essa neoplasia. Segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde (ONU), para que ocorra diminuição desses números é necessário, entretanto, programas com bom controle de qualidade e com boa cobertura de rastreamento, abrangendo, no mínimo, 80% da população-alvo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002).

No Brasil, a cobertura de mulheres de baixa renda, pouca escolaridade e em vulnerabilidade social ainda é muito baixa; mesmo hoje boa parte da população não tem acesso a todos os serviços disponíveis na rede pública (MURATA; GABRIELLONI; SCHIRMER, 2013). Fica claro, portanto, que o Brasil ainda não conseguiu atingir as metas recomendadas pela OMS.

Para tanto, entre os motivos relacionados a essa baixa adesão entre as mulheres como um todo está a vivência sem companheiro, o uso de contraceptivo oral, ausência de problemas ginecológicos, medo em relação ao exame, vergonha, dificuldade de assistência nos centros de saúde e ausência de solicitação médica (SOUZA et al, 2013). Além disso, o medo do momento do resultado ou que essas informações sejam vazadas e outras pessoas tenham acesso são também os grandes motivos que desmotivam as mulheres a realizarem o exame (SILVA et al, 2015).

Outro fator que deve ser levado em consideração é a proximidade do profissional de enfermagem junto ao paciente dentro das unidades de saúde (SANTOS, 2014). Mostrando, assim, a importância da realização da orientação por parte do profissional enfermeiro sobre a

importância do exame, como ele é realizado e o que implica os seus resultados (PINHO et al, 2016).

É possível encontrar no país alguns programas governamentais de políticas públicas que asseguram a saúde da mulher, principalmente nos casos de câncer de colo de útero, como é o caso do Programa Viva Mulher e do Sistema de Informação do Câncer de Colo de útero – SISCOLO. Esse último é um programa do Ministério da Saúde que oferece dados informatizados sobre os procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame preventivo, auxiliando na obtenção de informações para estudos epidemiológicos (BRASIL, 2013).

O método de rastreio do câncer cérvico-uterino e qualquer uma de suas lesões é o exame citopatológico, mais conhecido como Papanicolau, e que deve ser realizado em mulheres com vida sexual ativa entre 25 e 64 anos, naquelas mulheres sem história prévia da doença. O intervalo entre os exames nesse caso deve ser de três anos, após dois exames consecutivos negativos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016)

Quanto à classificação do exame, o médico Geórgios Papanicolau, idealizador do exame, criou uma nomenclatura que procura observar somente se as células eram normais ou não. Dessa forma, ele criou as classes I, II, III, IV: a Classe I indica ausência de células atípicas ou anormais; a Classe II designa citologia atípica, mas sem indícios de malignidade; a Classe III mostra citologia sugestiva, mas não conclusiva, de malignidade; a Classe IV determina citologia fortemente sugestiva de malignidade; e, por fim, a Classe V, que indica citologia conclusiva de malignidade (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016).

No entanto, essa classificação se preocupava pouco com aspectos histológicos das amostras e não levava em consideração a possibilidade de lesões precursoras – somente a ausência ou não de malignidade. Posteriormente, com estudos cada vez mais avançados, outras classificações foram surgindo, como a de James W. Reagan (1953), que definiu o termo displasia e subdividiu-a em leve, moderada e acentuada.

Já nas décadas de 1960 e 1970, pesquisas sobre o DNA provaram que displasia acentuada e carcinoma *in situ* eram muito próximos, e uma nova classificação foi formulada por Ralph Richard (Classificação de Richard); ele passou a utilizar o termo neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para, dessa forma, evitar o diagnóstico e tratamento incorreto das lesões (DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, 2016).

Finalmente, em 1988, após uma série de conferências, surgiu a Nomenclatura de Bethesda, que passou a sugerir que a doença intraepitelial cervical é na verdade um sistema que consiste em duas doenças descontínuas, criando, dessa forma, os conceitos de lesões intraepiteliais de baixo grau (LSIL) e lesões interepiteliais de alto grau (HSIL). Essa nomenclatura sofreu revisões nos anos de 1991, 2001 e 2014, porém sem mudanças estruturais (NAYAR; WILBUR, 2015).

## **POLÍTICAS PÚBLICAS X MULHER NEGRA**

No Brasil o desenvolvimento da sociedade colonial e o processo de objetificação dos milhares de negros escravizados marcaram de forma negativa a história do país. No entanto, neste contexto, vários foram os grupos que se rebelaram e resistiram a essas mazelas refugiando-se em comunidades autônomas conhecidas como quilombos (BRASIL, 2013). Reconhecidamente uma comunidade remanescente quilombola, Muquém, que abriga descendentes dos negros do Quilombo dos Palmares, configura-se como o local de realização desta pesquisa e como uma fonte inesgotável de história e experiências. A comunidade ainda conserva alguns costumes africanos, como a produção da farinha de mandioca e a produção cerâmica utilitária seguindo os moldes tradicionais.

No que tange a população negra, foi somente muitos anos após abolição, com a Fundação da Frente Negra em 1931, que a luta por melhores condições de vida e saúde começou a surtir efeito dentro da sociedade. A partir de então, as questões e demandas dessa população ganharam projeção na vida política do país, fortalecida, posteriormente, pelo Movimento Social Negro, que atua desde 1970. Entre as décadas de 1930 e 1980 se destacaram a luta dos negro nos Estados Unidos (EUA) contra as regras de segregação racial vigentes naquele país e a dos negros sul-africanos contra o sistema do apartheid (BRASIL, 2013a).

Após a abolição oficial da escravidão muitos foram os anos de lutas para alcançar a igualdade política, racial e social da população negra. Foi somente na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 que a questão da saúde negra foi vista como um direito universal e um dever do Estado.

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu um marco na luta por condições dignas de saúde para a população brasileira, uma vez que fechou questão em torno da saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado. Na conferência, o Movimento Social Negro participou ativamente, ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, do processo de elaboração e aprovação das propostas (BRASIL, 2013a, p. 9).

Como desdobramento desta conferência a Assembleia Nacional Constituinte introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, garantindo a saúde como um direito universal independentemente de cor, raça, religião ou qualquer outro fator. Ainda nesse período, o movimento de mulheres negras garantiu uma maior visibilidade para as questões femininas de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a).

No entanto, somente na década de 1980 ocorreu a primeira introdução do tema sobre saúde da população negra nas ações governamentais, formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores. Em 1995 após a realização da Marcha Zumbi dos Palmares ocorreu a criação do Grupo de Trabalhadores Interministerial para Valorização da População Negra (GI) sendo em abril do ano seguinte criado a Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra que teve como principal desdobramento a introdução do requisito cor nos sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos (NETO et al, 2015; SILVA, 2012).

A criação em 2003 da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), pela Lei nº 10.678 e que tem status de ministério foi um dos maiores marcos do Movimento Social Negro no Brasil e veio como forma de levar mais saúde e igualdade para essa população (BRASIL, 2013a).

Motivada por tais mudanças e buscando melhoria e melhores condições de saúde, surge em 2007 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem como objetivo minimizar os efeitos da discriminação e exploração por qual essa população passou ao longo dos anos (NETO et al, 2015). Essa política tem como diretrizes gerais (BRASIL, 2013 p. 18):

- 1-Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde e no exercício do controle social na Saúde;
- 2-Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;
- 3-Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
- 4-Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
- 5-Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo;
- 6-Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

## **A MULHER NEGRA E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

A saúde da mulher negra é influenciada pelas desigualdades econômicas e sociais que estão atreladas a essa parcela da sociedade que tem contextos históricos bem definidos no

Brasil; além disso, essas mulheres apresentam peculiaridades de ordem biológica que as fazem únicas (DIRETRIZES PARA ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS, 2014).

Pode-se compreender que a vulnerabilidade desenvolvida pelo público negro, mais precisamente do sexo feminino, é referente a fatores construídos socialmente e que causam a sua seccionalidade/segregação da esfera social. São marginalizados pelas relações sociais de poder existentes, e isto proporciona a grande taxa de desigualdade na saúde da população negra no Brasil e no mundo (LIMA; VOLPATO, 2014, p. 3).

É necessário entender que o racismo e, sobretudo, a discriminação da população negra colocam essa mulher em situação de maior risco e vulnerabilidade social; atrelada a isso está a prevenção do câncer de colo de útero. Elas fazem parte do segmento social mais oprimido e geralmente de menor nível de escolaridade e menor renda (OLIVEIRA, 2014). O reconhecimento desses fatores como barreira para a realização do exame é um passo importante no enfrentamento dessa problemática (LIMA; VOLPATO, 2014).

Também é importante a compreensão de que no Brasil, a população negra experimenta maiores taxas de mortalidade por câncer se comparada à população geral, sendo provavelmente um dos reflexos de desigualdades nos âmbitos social, econômico, político e na saúde, podendo ser observado pela má qualidade de vida, pobreza, baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços em geral, taxas de morbimortalidade mais altas do que as registradas em nível nacional, fome, desnutrição, riscos ocupacionais e violência social (OLIVEIRA, 2014, p. 23).

No Brasil não existe nenhum estudo ou pesquisa que disponha dados desagregados por raça para esse problema em especial. O que se encontra na literatura diz respeito à ligação que ocorre na população negra com os baixos índices de escolaridade e de renda, que por sua vez são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero, pois representam vulnerabilidades à adesão ao exame citológico (DIRETRIZES PARA ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS, 2014).

Já nos Estados Unidos (EUA), em recente pesquisa publicada numa revista científica sobre saúde, descobriu-se que a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero é mais alta do que se pensava, principalmente entre mulheres afro-americanas e idosas, quando comparadas às taxas para mulheres brancas. Os pesquisadores descobriram que as mulheres negras nos EUA estão morrendo de câncer cervical a uma taxa 77% maior do que se pensava. No entanto, a pesquisa não foi projetada para descobrir os motivos das disparidades descobertas, embora afirme que as mulheres negras estão mais propensas a descobrir o câncer mais tardiamente que mulheres brancas (BEAVIS 2017).

Considerando-se que esse câncer está ligado também às condições socioeconômicas que a população apresenta e que no Brasil grande parte da população negra feminina vive em vulnerabilidade social, econômica e de saúde, talvez por esse motivo tal população seja a mais

atingida pelo câncer de colo de útero, quando comparadas com as de outros contextos sociais (DIRETRIZES PARA ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NEGRA, 2014).

Nessa conjuntura se inserem também as comunidades quilombolas, pois são de presumida ancestralidade negra e enfrentam as mesmas (ou até mais) vulnerabilidades sociais decorrente de um processo histórico de expropriação de cultura e de direitos, que impacta na questão de saúde dessa população (OLIVEIRA, 2014). Entretanto, esses aspectos ainda merecem estudos mais aprofundados para uma melhor comparação e intervenções mais eficazes em saúde para essa população.

### **3 – METODOLOGIA**

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

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo. Para Minayo (2016), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Esse tipo de pesquisa permite o entendimento profundo de ligações entre elementos, para que se compreenda a manifestação do objeto de estudo.

O estudo exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema (explicitá-lo) e identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos. O estudo descritivo busca descrever as características de determinadas populações ou fenômenos (MARCONI; LAKATOS, 2017).

#### **3.2- Cenário**

O povoado do Muquém configura-se como uma comunidade quilombola, com aproximadamente 500 habitantes, localizado a 5 km da área urbana no município de União dos Palmares, a 70 km de Maceió e a 14 km da serra da Barriga. Muquém é uma comunidade de remanescentes de quilombo, que está localizada no município de União dos Palmares, Zona da Mata, região açucareira do Estado de Alagoas (COSTA, 2009).

O acesso é feito por uma rodovia estadual que liga União dos Palmares ao município de Santana do Mundaú. O Muquém é banhado pelo rio Mundaú, de onde é retirada a água para o uso na agricultura, na pecuária e no consumo humano, depois do tratamento feito pelo Serviço Autônomo de Água e Esgotos (SAAE). O artesanato em barro tem sido a principal fonte de renda das famílias que habitam o povoado (MELO; SILVA, 2010).

#### **3.3- Participantes do estudo**

Os participantes desse estudo foram mulheres da comunidade Muquém que no momento da coleta se disponibilizaram a receber a entrevistadora em suas residências.

#### **3.4- Critérios de inclusão e exclusão**

- **Critérios de inclusão:** mulheres maiores de 25 anos, que já tenham tido relações sexuais e nunca tenham realizado o exame de Papanicolau.

- **Crêterios de exclusão:** mulheres que desenvolveram câncer de colo e mulheres com problemas psiquiátricos ou psicológicos que as impossibilitem de responder o formulário.

### 3.5- Coleta de dados

Os dados foram coletados por um instrumento de pesquisa em forma de questionário (Apêndice A), que cont m informa es sociodemográficas. Uma parte do questionário abordou a história ginecológica da mulher, com dados importantes para compor um perfil do grupo entrevistado. O instrumento foi finalizado com uma pergunta que norteará todo o trabalho, buscando entender por que as mulheres dessa comunidade não procuram a Unidade de Saúde para a realiza o do exame citológico. Em seguida, os dados coletados foram utilizados para formar um perfil das participantes e transcritos para posterior leitura e análise; para isso foi utilizado um gravador no momento da entrevista. Foram realizadas ainda 2 entrevistas pilotos onde todos os pontos do questionário foram analisados e onde foi possível validar o instrumento.

### 3.6- Análise dos dados

Os dados coletados durante a entrevista nos itens que descrevem a situa o sociodemográfica e ginecológica da mulher foram analisados a fim de construir um perfil mais esclarecedor das participantes, o que pode auxiliar a entender o fen meno estudado. Já as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra e também analisadas, preservando-se o nome ou qualquer outro aspecto que possa identificar a participante. A análise foi realizada   luz da Teoria de Dorothea Elizabeth Orem, subsidiada pela análise de conteúdo de Bardin.

Para Bardin, essa análise deve ser realizada em três etapas: pré-análise, explora o do material e tratamento dos resultados e interpreta o. O principal fator que deve ser observado nessa análise são as significa es encontradas no texto que o codificador detecta por meio dos indicadores que ali se acham presentes (BARDIN, 2011).

A **pr -análise**   a fase de organiza o e sistematiza o das ideias iniciais, que busca um desenvolvimento das opera es de forma sucessiva num plano de análise. Essa fase   iniciada por uma leitura “flutuante” do material, procurando estabelecer um contato com os documentos que serão analisados. Posteriormente ocorre a escolha desses documentos, que estarão ligados ao objetivo da pesquisa para a formula o de hipóteses, índices e indicadores. A explora o do material   uma fase longa e cansativa, pois consiste em opera es de codifica o (transforma o dos dados brutos) e decomposi o;   a aplica o do que foi proposto na fase anterior. Na última fase, a de **análise e interpreta o** os resultados brutos

são tratados de forma a ser significativos (“falantes”) e válidos. É somente então que o analista pode propor conclusões, interferências e interpretações (CÂMARA, 2013).

### **3.7- Aspectos éticos**

Este estudo foi desenvolvido conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece normas para pesquisas envolvendo seres humanos, visando proteção e integridade dos sujeitos que participaram da pesquisa. Desta forma, foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas através da Plataforma Brasil. Em 10/8/2017, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) comunicou a aprovação do CAAE nº 66991717.0.0000.5013 (ANEXO).

Após a aprovação, iniciou-se a coleta dos dados, o que se deu por meio de questionário, garantindo o anonimato das participantes; estas foram identificadas apenas por códigos numéricos de 1 a 7. Foi também esclarecido que as participantes poderiam abandonar a pesquisa a qualquer momento ou interromper a entrevista de acordo com sua vontade.

Por fim, para firmar a aceitação de cada uma foi entregue e solicitada a leitura de um TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) que buscava elucidar qualquer dúvida e também garantir o anonimato das participantes. O TCLE foi assinado em duas vias, uma das quais foi entregue à participante, ficando a outra ficou com a pesquisadora.

### **3.8- Aproximação com as participantes**

O processo de aproximação com as participantes da pesquisa aconteceu de acordo com as seguintes etapas:

A primeira foi a aproximação com a população da comunidade que se deu através da visita ao povoado juntamente com a minha orientadora para realização da pesquisa do Projeto Universal coordenado por ela. Posteriormente levamos para comunidade palestras sobre a saúde da mulher onde falamos sobre a realização do exame citológico e sua importância, além do uso da camisinha para prevenção de ISTs. Após esse primeiro reconhecimento, identifiquei junto a enfermeira da unidade e também a ACS qual o melhor horário e dia para coleta dos dados.

No dia combinado voltei e iniciei a busca pelas participantes de casa em casa com o auxílio da ACS planejando um total de 3 entrevistas por dia. Assim, quando encontrado uma mulher apta a participar do estudo foi apresentado o tema da pesquisa e lido juntamente com a participante o TCLE e finalmente confirmado a sua participação com a assinatura do termo. Posteriormente, solicitei a mulher um local calmo e onde pudéssemos ficar somente nós duas e iniciei a aplicação do questionário com a gravação das respostas.

As mulheres em geral estavam tranquilas no momento da entrevista, no entanto, se mostravam um pouco tímidas diante de algumas perguntas, mas em nenhum momento, mesmo sabendo que estavam dentro do seu direito, recusaram responder algum questionamento. Somente duas mulheres declinaram o convite para responder a pesquisa.

### **3.9- Limitações encontradas durante o estudo**

As principais limitações encontradas no estudo ocorreram inicialmente durante o reconhecimento do campo e visitação dos domicílios onde ocorreriam as entrevistas, pois a estrada para chegar ao povoado é bastante tortuosa e ficava praticamente intransitável durante as chuvas. O transporte também foi muitas vezes cancelado devido às chuvas ou mesmo durante o meio da viagem dificultando a chegada ao local. E mesmo nos dias de chuva em que consegui chegar até o povoado encontrei dificuldades em transitar devido a lama que deixava o local escorregadio e perigoso.

Outro entrave encontrado durante a pesquisa foi que em alguns momentos as mulheres escolhidas para participar da pesquisa não eram encontradas em seus domicílios por diversos sendo necessário retornar a mesma casa mais de uma vez.

#### 4- REFERENCIAL TEÓRICO

Buscando embasar a assistência prestada e fortalecer a profissão, a Enfermagem está cada vez mais se valendo da construção de teorias para fundamentar a sua prática e a sistematização do cuidado (SAVIETO; LEÃO, 2015).

As teorias de enfermagem proporcionam discussão e aprimoramento da prática profissional e orientam o cuidado elegível para cada ser humano, na medida em que cada uma delas enfoca uma perspectiva relacionada a um dos seguintes pontos centrais: paciente, interação paciente-ambiente, relação enfermeiro-paciente, terapêutica de enfermagem (SAVIETO; LEÃO, 2015, p. 198).

As reflexões sobre os preceitos teóricos de Enfermagem formam um importante conjunto de ideias e pensamentos que são incorporados e auxiliam no desenvolvimento da profissão, na compreensão das diversas formas de cuidar e também na valorização das condições sociais, pessoais e culturais dos indivíduos (FAVERO et al., 2013).

O trabalho aqui apresentado baseia-se na Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. Segue uma breve apresentação e descrição da teórica e de sua teoria.

##### **Dorothea Orem – Teoria Geral do Autocuidado**

Dorothea Elizabeth Orem, considerada uma das maiores teóricas da enfermagem, nasceu em 1914, em Baltimore, Maryland. Iniciou seu estudo em Enfermagem no Providence Hospital School of Nursing, em Washington, e concluiu a graduação em 1930, e em 1939 o bacharel em Ciência da Educação para Enfermagem. Posteriormente, no ano de 1945, obteve o grau de Mestre em Enfermagem na área de docência pela Catholic University of América (ARAÚJO et al., 2014).

Após a conclusão do curso recebeu inúmeros graus honorários, entre eles: Doutora em Ciências pela Georgetown University, em 1976; Doutora em Ciências da Incarnat Word College, San Antonio, Texas em 1980; e Doutora em Humane Letters da Illinois Western University, Blomington, Illinois, em 1988. Além disso, recebeu vários prêmios nacionais e internacionais pela sua contribuição ao estudo da Enfermagem e foi também nomeada Membro Honorário da American Academy of Nursing, em 1992 (MCEWEN; WILLS, 2016).

Durante sua carreira profissional atuou em hospitais públicos e privados, como educadora de enfermagem, administradora e consultora. Durante a docência foi diretora da Escola de Enfermagem do Hospital de Providence e Diretora do Serviço de Enfermagem do Hospital de Detroit até 1949 (ARAÚJO, 2014).

Nos anos de 1958 e 1959, Dorothea Orem trabalhou como consultora do Office of Education, onde participou de um projeto que buscava melhoria no treinamento

prático/vocacional de enfermagem. Foi esse projeto que a estimulou a considerar a seguinte questão: “Que condição existe na pessoa quando essa pessoa ou outros determinam que ela deva estar sob os cuidados de enfermagem?”. Tal ideia evoluiu e ajudou a formar o seu conceito de enfermagem de “autocuidado” (MCEWEN; WILLS, 2016).

Orem delineia três teorias sequenciais: teoria do autocuidado, do déficit no autocuidado e de sistemas de enfermagem. A teoria de sistemas de enfermagem é a mais extensa e envolvente e contém teoria do déficit do autocuidado. A teoria do autocuidado é um componente da teoria do déficit no autocuidado (MCEWEN; WILLS, 2016, p. 145).

Em 1991 publica um novo livro que traz uma preocupação com a definição das características concretas da prática de enfermagem. Oren considera a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem uma teoria geral, composta por três teorias inter-relacionadas: 1) a Teoria do Autocuidado, 2) a Teoria do Déficit do Autocuidado e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (ARAÚJO, 2014).

“A ideia central da **Teoria do Déficit de Autocuidado** é que a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações a elas relacionadas” (QUEIRÓS et al., 2014, p. 159). Essa teoria se aplica quando o paciente, cuidador ou família não tem condições ou encontra-se incapacitado de exercer o autocuidado de forma efetiva (por doença ou ferimento), necessitando, assim, da presença da enfermagem, que atua de forma compensatória, agindo somente quando há a deficiência. É organizada em três categorias de requisitos do autocuidado: universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde (COSTA, 2014).

“A **Teoria do Autocuidado** engloba o conceito, as atividades, as exigências terapêuticas e os requisitos para o autocuidado” (QUEIRÓS et al., 2014, p. 159). O autocuidado é apresentado nessa teoria como um comportamento aprendido pelo indivíduo para manter a sua vida e condições de saúde, que serão executados por seu próprio interesse (ALENCAR et al., 2016).

“A **Teoria dos Sistemas de Enfermagem** constitui as sequências de ações práticas de autocuidado desenvolvidas pelos profissionais em seus pacientes conforme suas necessidades terapêuticas de autocuidado” (COSTA, 2014). Pode ainda ser classificada de três formas: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio (MCEWEN; WILLS, 2016).

As três teorias focam no autocuidado, que pode ser definido como ações que o indivíduo realiza por si próprio ou que alguém executa por ele de forma a preservar vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações, quando realizadas de forma consciente, controlada e efetiva,

atingem o seu real potencial e são chamadas atividades de autocuidado (QUEIRÓS; VIDINHA; ALMEIDA FILHO, 2014).

Na teoria de Orem, foram identificados três tipos de requisitos de autocuidado: universais; desenvolvimento; e de desvio de saúde. Estes, por sua vez, são definidos como ações necessárias à manutenção da vida e da saúde, assim descritos (DOMINGOS et al., 2015).

- **Universais:** estão associados aos processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano, como, por exemplo: manutenção e ingestão correta de água e alimento; equilíbrio entre atividade e descanso; prevenção a riscos à vida, entre outros. Constituem as atividades do cotidiano e são comuns a todos os seres humanos (PEGORETE, 2016).
- **Desenvolvimentais ou de desenvolvimento:** estão relacionados a uma nova condição ou associados a algum novo evento. São demandas que ocorrem durante alguns ciclos da vida, como infância, adolescência, velhice, gravidez/parto, e que necessitam de adaptações (COSTA, 2014).
- **Desvios de saúde:** são verificados somente quando há doença ou lesão que comprometa o mecanismo fisiológico, psicológico ou de estruturas do indivíduo, afetando o funcionamento integral do ser humano (PIRES et al., 2015).

Sob o pressuposto de que todo indivíduo tem capacidade de cuidar de si mesmo, a teórica afirma que o enfermeiro deve sempre orientar o autocuidado; se nesse momento o indivíduo apresentar algum déficit, o profissional enfermeiro deverá intervir e tentar equilibrar o meio de alguma forma (PIRES et al., 2015).

## 5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados desse estudo emergiu de um processo reflexivo e crítico mediante o que foi respondido pelas participantes e embasado pela literatura. Esse momento foi dividido em duas partes: a primeira refere-se à caracterização das participantes do estudo e a segunda às categorias elencadas.

### 5.1- Caracterização das participantes

A amostra da pesquisa foi constituída em sua totalidade por sete mulheres. Todas entrevistadas em seus domicílios no povoado Muquém. Os dados socioeconômicos representados por faixa etária, estado civil, ocupação, escolaridade e aspectos ginecológicos estão dispostos no quadro a seguir:

**Quadro 1: Caracterização dos participantes. Maceió/AL, 2017**

	Idade	Estado Civil	Ocupação	Escolaridade	Coitarca (ANOS)	Menarca (ANOS)	Parceiros sexuais	Consulta Ginecol.	IST	G/P/A
1	25	Casada	Do lar	Ens. Fund. Incompleto	15	12	Não deseja responder	Nunca realizou	Não	01/01/00
2	33	Comp.	Do lar	Não Alfab.	Não sabe	Não sabe	2	Nunca realizou	Não	10/09/01
3	73	Casada	Do lar	Ens. Médio Incompleto	20	15	1	Nunca realizou	Não	15/15/00
4	54	Casada	Artesã	Não Alfab.	18	10	1	Nunca realizou	Não	05/05/00
5	33	Solteira	Vendedora	Ens. Médio Incompleto	13	12	2	Nunca realizou	Não	00/00/00
6	28	Solteiro	Doméstica	Ens. Médio Completo	19	11	1	Nunca realizou	Não	00/00/00
7	48	Comp.	Do lar	Ens. Médio Completo	16	11	1	Nunca realizou	Não	01/01/00

Fonte: Coleta de dados realizada pela pesquisadora.

Foram entrevistadas sete mulheres cujas idades variaram entre 25 e 73 anos. Nenhuma delas apresentava idade inferior a 25 anos, pois, segundo o Ministério da Saúde e o INCA o

exame de Papanicolau deve ser realizado prioritariamente em mulheres entre 25 e 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Essa faixa etária se justifica pois é o grupo com maior ocorrência das lesões de alto grau e que são passíveis de serem tratadas efetivamente a fim de não evoluírem para o câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016).

Em relação ao nível de escolaridade, uma entrevistada não tinha o ensino fundamental completo e duas o ensino médio; além disso, duas participantes não eram alfabetizadas e somente duas concluíram o ensino médio. Percebe-se nesse caso que um nível baixo de escolaridade é mantido entre essas mulheres, o que torna a situação ainda mais grave e preocupante. Souza et al. (2013) afirmam que entre os fatores que influenciam essas mulheres a não realizar o exame está o baixo nível de escolaridade. Vale ressaltar que, a baixa escolaridade e a baixa condição socioeconômica são fatores sociais que influenciam diretamente para a não realização do exame por essas mulheres, visto que o entendimento sobre a importância do exame muitas vezes não acontece (GARCIA, 2016).

Quanto ao estado civil, a maioria era casada (três), duas eram solteiras e ainda moravam com os familiares e duas estavam em uniões estáveis. Ainda entre as entrevistadas, quanto à ocupação que exerciam, quatro eram trabalhadoras do lar, uma era artesã, uma era vendedora e uma era doméstica. Nesse ponto, no entanto, a maioria dos autores afirma que entre as mulheres que não realizam o exame a grande parte não tem parceiro sexual, ou seja, em muitos estudos esse foi um dos determinantes para que as mulheres não procurassem o sistema de saúde para a busca pela exame (ANDRADE, 2014; GARCIA, 2016; MURATA et al, 2013).

No que se refere aos dados gineco-obstétricos, a idade da menarca das participantes variou entre 10 e 15 anos, e apenas uma das participantes não soube responder. No tocante sexarca foi entre 13 e 20 anos, e uma não soube responder. O número de parceiros variou entre um e dois, e uma das participantes não quis responder. Todas afirmaram que jamais contraíram infecções sexualmente transmissíveis.

Já em relação à frequência com que procuravam os sistemas de saúde para a realização de consultas ginecológicas, todas as participantes responderam que jamais realizaram esse tipo de consulta. Tal constatação é grave, já que todas as mulheres entrevistadas se encontravam em idade fértil e deveriam ter esse tipo de acompanhamento na unidade de saúde. Santos (2014), constatou em sua pesquisa que para aumentar o número de mulheres que realizam o exame citológico periodicamente é necessário reconhecer a importância do conhecimento a respeito do exame e sua real necessidade, ou seja, é de suma importância

munir essas mulheres de informações e conhecimento. No entanto, quando essas mulheres afirmam que nunca procuraram os serviços de saúde para consultas ginecológicas fica claro que o acesso à informação não foi restrito e insuficiente.

Por fim, quanto ao número de gestações, partos e abortos, a pesquisa mostrou uma grande variação: apenas uma das mulheres já tinha passado por um aborto, e o número de gestações variou entre 0 e 15. O INCA (2016) considera a multiparidade também como um dos fatores de risco que favorecem o desenvolvimento do câncer de colo uterino mesmo que autores como Dias (2015) afirmem que o número de filhos não é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino, e sim, o início precoce da atividade sexual.

Levando em consideração as características do grupo estudado e todo o exposto, realizou-se a análise temática dos depoimentos das participantes, o que possibilitou a categorização do conhecimento dessas mulheres e o reconhecimento de duas categorias: os sentimentos relacionados à realização do exame; a educação em saúde como motivação para realização do exame citológico.

## 5.2 - Os sentimentos relacionados à realização do exame

Ao analisar os fatores que influenciam a não adesão de mulheres ao exame de Papanicolau, que é um exame que detecta o câncer de colo de útero em seus vários níveis, muitos autores constataram em seus estudos que os sentimentos de medo e vergonha relacionados ao exame são os mais predominantes. Em sua grande maioria esses sentimentos estão atrelados ao fato da paciente não conhecer o profissional que irá realizar o exame, o profissional ser homem, a posição necessária para realização do exame e também o medo da disseminação de informações entre os profissionais da área da saúde (SILVA et al, 2015).

Quando indagadas sobre o porquê de nunca terem realizado o exame de citologia, a maioria das entrevistadas citou o medo e a vergonha do exame.

*– Sei lá... eu estava com medo (M1, 25 anos).*

*– Porque eu não gosto. Acho que tenho medo e vergonha. O povo diz que é bom fazer, para ver se acusa alguma coisa (M2, 33 anos).*

*– Porque eu tenho vergonha de ficar lá, tenho medo de que vá doer. A enfermeira disse que eu tinha que fazer, mas eu tenho vergonha dela, e dizem que dói também, que não é bom. Eu sei que tem que fazer, mas tenho muita vergonha (M6, 28 anos).*

*– Porque como era a minha primeira vez eu ficava meio cismada de fazer. Eu tinha vergonha da posição que fica, de como as pessoas falaram que ficaram (M7).*

Para Garcia et al. (2015), são vários os motivos relacionados à não realização do exame de citologia pelas mulheres em geral: vergonha por expor o seu corpo; medo do exame pela dor e desconforto; medo de receber um resultado positivo para câncer; dificuldade de

marcação de consultas, entre outros. O mesmo autor afirma ainda que esses sentimentos ocorrem independentemente de classe social, grau de instrução ou idade. Segundo outro estudo de Silva et al. (2015), quando indagadas sobre os motivos de não realizarem o exame de Papanicolau, vergonha (55,6%) foi o sentimento mais citado pelas mulheres. Além disso, corroborando esses dois estudos, Souza Silva (2013) cita vergonha e medo como os principais motivos para a não realização do exame por mulheres em sua pesquisa.

Outro estudo aponta entre outros motivos o constrangimento, a vergonha e o medo de sentir dor como fatores predisponentes para não realização do exame por essa população. Além disso a percepção da mulher sobre o seu corpo também foi citado (FONSECA, 2016).

Segundo as entrevistadas, medo e vergonha são os sentimentos predominantes e que impossibilitam a realização do exame, demonstrando dessa forma que os motivos que levam essas mulheres a não realizar esse exame vão muito além da falta de conhecimento. Muitas mulheres somente o fazem quando na presença de dor ou de outro sintoma, diminuindo assim as chances de cura quando posteriormente o exame comprova a existência do câncer. Em síntese a baixa adesão ao exame citológico está relacionada principalmente a vergonha e ao medo perante o exame e ao profissional que irá realizar, pois muitas vezes este desconsidera que ali, antes de qualquer coisa, exista um indivíduo com uma história, valores, carências e medos muito particulares.

Portanto, é imprescindível pensar na mulher que realiza o exame não apenas como uma clientela do serviço, mas também como indivíduo que demonstra medos e vergonhas e pode apresentar traumas por experiências vividas em outros momentos. É necessário buscar formas de amenizar esses sentimentos e fazer com que a mulher se sinta confortável o suficiente para se submeter ao exame.

A teórica **Dorothea Elizabeth Orem** afirma que o autocuidado é um método aprendido, é uma prática da pessoa para si mesma e desenvolvida por ela mesma. No entanto, o indivíduo é considerado livre para acertar, aprender, utilizar ou rejeitar o que lhe é oferecido, com liberdade para pedir ajuda e obter informações que o auxiliem (PEGORETE, 2016). Portanto, fica claro que devido aos sentimentos negativos associados ao exame, muitas mulheres preferem abster-se de fazê-lo, mesmo com o serviço sendo oferecido na unidade de saúde no povoado, ou seja, o indivíduo desenvolve ações de autocuidado quando desempenha ou pratica atividades em seu benefício, buscando manter sua vida e saúde.

Utilizando o pressuposto da teoria do autocuidado e da teoria dos sistemas de enfermagem, Orem descreveu a teoria do déficit do autocuidado. Segundo essa teoria, a participação dos sujeitos nas práticas de autocuidado depende, muitas vezes, de aspectos

culturais, educacionais, de limitações pessoais e também dos sentimentos envolvidos, do estado de saúde e dos recursos envolvidos (ARAÚJO, 2014). Nesse contexto, é perceptível como os sentimentos, as crenças, os medos e as inseguranças refletiram no processo de saúde impedindo que essas mulheres procurassem o sistema da saúde para realização e até mesmo para o entendimento do exame de citologia.

É claro, portanto, a ligação estreita existente entre a negação de fazer o exame e a falta de conhecimento do mesmo devido aos sentimentos negativos atrelados ao exame.

### 5.3 – A educação em saúde como motivação para realização do exame citológico

Considerado a principal forma de prevenção e detecção do câncer uterino, o exame citológico é o mais empregado, principalmente em mulheres assintomáticas e é considerado uma medida de prevenção secundária. Além disso, alguns fatores predisponentes para o aparecimento do câncer, como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo, entre outros devem ser levados em consideração no momento da aplicação da educação em saúde necessária para atuação dos profissionais de saúde (ANDRADE, 2014).

Nesse sentido, a ESF proporciona uma maior aproximação da equipe de saúde com a mulher, já que é responsável por atuar na integridade e nas ações educativas apresentando, assim, um papel importantíssimo na prevenção desse tipo de câncer atuando na motivação para realização do exame, na retirada de dúvidas e na preservação de uma vida mais saudável para essas mulheres (AMARAL, 2017).

Quando indagadas, algumas das entrevistadas afirmaram não ter recebido nenhum tipo de informação sobre o exame de profissionais de saúde.

*– Não... pode ser, eu não lembro não. Eu só andei no posto quando eu estava buchuda, para fazer pré-natal. Depois não andei mais, só para vacina dos meninos (M2, 33 anos).*

*– É que eu nunca fui ao posto. Fui só uma vez para me pesar e receber a bolsa família. Não tenho vontade de ir (M4, 54 anos).*

Outro grupo afirmou ter recebido informações sobre o exame, no entanto, estas foram repassadas por amigos, familiares, vizinhos ou até mesmo pelas ACSs (Agente Comunitário de Saúde) da área. Ou seja, a informação que deveria chegar através do profissional de saúde não está tendo o alcance necessário.

*– Não... minha cunhada já falou, disse que era ruim, que doía (M1, 25 anos).*

*– As meninas (agentes) e as colegas que fazem explicam. Falam que a pessoa se deita na cama, e aí eu digo que não vou (M3, 73 anos).*

Outras relataram ter recebido informações sobre o exame com a enfermeira na unidade; entretanto, pelo fato dessas mulheres continuarem, ainda, sem realizar o exame citológico, entende-se que essa informação ou não foi bem repassada ou não foi entendida pelas interlocutoras, o que revela um problema no serviço de saúde.

– *Sim, da Lau (enfermeira). Mas não lembro o que ela disse, só lembro que ela falou (M6, 28 anos).*

– *Já, a Lau (enfermeira) já falou. Ela disse que eu tenho que ir lá (no posto) para marcar o exame de citologia e saber se tem alguma infecção, algum tipo de doença e outras coisas (M5, 33 anos).*

– *Já. Da enfermeira daqui (posto). Porque quando eu vim me consultar com ela, ela falou que era para eu fazer, só que eu nunca quis (M7, 48 anos).*

Levando-se em consideração o que foi descrito pelas participantes um estudo de Sancho e Silva (2014) afirmou que, a maior proximidade do Programa Saúde da Família (PSF) com a comunidade, e conseqüentemente com a mulher, é um fator motivador e que influencia positivamente na maior adesão de mulheres ao exame. Isso ocorre porque o vínculo criado com a população-alvo desse exame fortalece a confiança e facilita o papel dos profissionais que fazem a educação em saúde e têm função importantíssima no maior esclarecimento sobre o exame para as mulheres.

Nesse sentido e levando em consideração o papel protagonista que o enfermeiro tem dentro da educação em saúde Oliveira (2015), afirma que a prevenção do câncer de colo de útero é uma atividade primordial do enfermeiro dentro da atenção básica. Entre as atividades desenvolvidas nesse sentido está a educação em saúde e o exame preventivo, o Papanicolau. O mesmo autor afirma ainda que os profissionais de enfermagem devem aproveitar as consultas, as visitas domiciliares, os grupos de educação em saúde e as salas de espera para enfatizar a importância de buscar o serviço para prevenção através do exame de citologia, e dessa formar intervir buscando a saúde plena do indivíduo.

Dentro da enfermagem as intervenções voltadas para o controle e rastreamento do câncer de colo de útero são classificadas em três categorias: comportamentais, cognitivas e sociais (OLIVEIRA, 2015).

- “As **intervenções comportamentais** são aquelas que proporcionam estímulos à realização de exames de detecção precoce” (BARBOSA, 2015, p. 12). Esse tipo de intervenção envolve estratégias de comunicação, como, por exemplo, um lembrete, um agendamento da mulher ou um telefonema, e tem como pressuposto que a mulher necessita de um estímulo para a realização de tais atividades (CARDOSO et al., 2016).
- “As **intervenções cognitivas** favorecem novas informações, conscientizando e informando as mulheres sobre as ações de prevenção e controle de doenças”

(BARBOSA, 2015, p. 12). Nessa intervenção a mulher participa de ações educativas, como, por exemplo, recebendo panfletos com informações claras e simples sobre o câncer de colo de útero, que buscam esclarecer suas dúvidas acerca do tema (OLIVEIRA, 2015).

- “As **intervenções sociais** sugerem ações de profissionais de enfermagem que atuam em segmentos específicos, como na promoção da saúde” (CARDOSO et al., 2016, p. 158). Essas intervenções utilizam pessoas da própria comunidade, agentes comunitários ou outros profissionais de saúde, como o nutricionista e o dentista, para aumentar a adesão ao exame (BARBOSA, 2015).

Para a teórica **Dorothea Orem**, a educação em saúde para o autocuidado é um processo dinâmico e que depende principalmente da vontade e percepção do indivíduo, juntamente com o auxílio indispensável do profissional de saúde (ARAÚJO, 2014). Para isso, é fundamental a sua compreensão para a reflexão e desenvolvimento de habilidades, a percepção de suas atitudes, sentimentos e emoções demonstradas nas mais diversas situações. A teoria de Orem defende ainda que o indivíduo deve esforçar-se para desempenhar e desenvolver o seu papel como cuidador de si mesmo de forma mais coerente com a saúde e o bem-estar individual e familiar, o que deve ocorrer com o auxílio e/ou a intervenção do enfermeiro (Araújo, 2014).

Segundo a Teoria do Déficit de Autocuidado, o enfermeiro é o sujeito que apresenta habilidades e conhecimentos capazes de identificar incapacidades (déficits) os quais os seres humanos estão propensos. Para tanto a teórica destaca que essas incapacidades podem ser decorrentes ou não do estado de saúde do indivíduo, que o impede de cuidar de si mesmo. Nesse sentido, é imprescindível a participação do profissional enfermeiro na educação em saúde, na elucidação de dúvidas por parte dessas mulheres e como multiplicador do conhecimento.

A educação em saúde é a promotora do cuidado, mas ela só ocorre quando o enfermeiro está à frente desse processo buscando novas formas de passar conhecimento levando em consideração a história da população, seus medos, inseguranças e traumas.

## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer e compreender a história da mulher negra e as questões que envolvem a sua saúde significa atender as necessidades da realidade dessa mulher aproximando-se assim da transformação indispensável do comportamento em relação à prevenção. Além disso, por ser uma parte da sociedade bastante marginalizada foi importante entender que a prevenção é uma condição multifacetada e que necessita de diversas abordagens.

Os resultados desta pesquisa proporcionaram uma reflexão quanto aos motivos relacionados à não adesão ao exame citológico por essas mulheres. A partir deste estudo, ficou evidente que a prevenção do câncer cérvico-uterino ainda não é uma realidade presente na vida de todas as mulheres, sobretudo no tocante à população feminina negra. Ainda que o exame preventivo para esse tipo de câncer seja considerado barato e simples, inúmeras pesquisas mostram que diversos fatores afastam a mulher do exame e, conseqüentemente, a prevenção desse tipo de doença não é eficaz.

Como esperado, a maioria das mulheres entrevistadas apresentava baixo nível de escolaridade, não possuía empregos formais e em sua grande maioria tinha iniciado a vida sexual muito cedo.

Para elaborar e comprovar o pressuposto sobre este estudo, buscou-se apoio em dois pontos da análise: os sentimentos relacionados à realização do exame, ou seja, a baixa adesão ao exame citológico está relacionada principalmente à vergonha e ao medo perante o exame e o profissional que o realizará; a educação em saúde como motivação para a realização do exame citológico, com a comunidade, porquanto a construção do vínculo do profissional enfermeiro com a mulher é um fator motivador que influencia positivamente na maior adesão de mulheres ao exame.

Este estudo irá ainda contribuir para melhores indicadores de saúde dentro da comunidade, que vai ter a oportunidade de entender o real problema para não realização do exame citológico e buscar soluções para esse entrave. Além disso, a pesquisa irá proporcionar um olhar diferencial e voltado exclusivamente para esse público, dando oportunidade para equipe de saúde buscar mais ativamente essas mulheres utilizando estratégias mais focadas. Dessa forma, a contribuição para enfermagem vem atrelada ao fato de que uma das estratégias da categoria é a prevenção do câncer de colo de útero que proporciona indicadores de saúde positivos na população feminina.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, S.R. et al. Teoria do autocuidado na assistência materna-infantil: uma revisão sistemática. **Rev. Cien. Da Saúde do Oeste Baiano**, p.85-94, 2016.
- ANDRADE, M.S.; ALMEIDA, M.M.G. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília. V. 23, n. 1, p. 111-120, 2014.
- ARAÚJO, M.D. et al. Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. **Cad. Unisum Pesq. Ext.** Rio de Janeiro, v.4, n. 2, p. 11-12, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS, L.R. Intervenções de enfermagem utilizadas no rastreamento precoce do câncer cérvico-uterino: revisão integrativa. **Rev. de Atenção à Saúde**, v.3, n. 44, p. 94-99, 2015.
- BEAVIS, M.D. Hysterectomy corrected cervical cancer mortality rates reveal a larger racial disparity in the United States. Published January 23, 2017 in **Cancer Magazine**. Johns Hopkins Medicine, Baltimore.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- CÂMARA, R.H. Análise do conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Rev. Inst. de Psic.**, p. 179-191, 2013.
- CARDOSO, B.Y. et al. A relação do Papiloma Vírus Humano (HPV) e o câncer de colo de útero: uma ação educativa do enfermeiro. In: Seminário de Iniciação Científica, 2º, 2016.
- COSTA, C.R. Avaliação do autocuidado dos pacientes com feridas crônicas. Monografia (Licenciatura em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2014.
- COSTA, J.J.C. Diversidade na UNEAL: resgate da cidadania de jovens da comunidade remanescente de quilombos Muquém, em União dos Palmares, Alagoas. In: SILVA, E.B.; MELLO, J.C. Diversidade Cultural. Universidade e etnias negra e indígena em Alagoas. João Pessoa: EDUFPA, 2009.
- DIAS, E.G. et al. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. **Rev. Saúde e Desen.**, v.7, n.4, 2015.
- Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- Diretrizes para acolhimento e assistência à saúde das mulheres negras** – Secretaria Municipal de Porto Alegre. Atenção primária dos serviços especializados e substitutivos (CGAPSES), 2014.
- DOMINGOS, C.S. et al. Construção e validação do conteúdo histórico de enfermagem guiado pelo referencial de Orem. **Rev. Min. Enferm.** p.165-175, 2015.

FAVERO, L; PAGLIUCA, L.M.F; LACERDA, M.R. Cuidado Transpessoal na Enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.2, p. 500-5005, 2013.

FELIX, L.G et al. Análise da teoria de autocuidado de Orem de acordo com os critérios de Fawett. **Rev. Enferm. UFPE**, v.3, n.2.

FONSECA, M.R.C.C; PONTES, A.E.L; TRALDI, M.C; MARAES, S.S; GALDEANO, J. Frequência e fatores associados à adesão ao exame citopatológico periódico do colo uterino. **Rev. Saúde**. v. 10, n.1-2, 2016.

GARCIA, L.F. et al. Análise dos fatores associados a não adesão das mulheres ao exame preventivo de câncer de colo de útero: uma revisão bibliográfica. **Rev. UNIFEV: Ciência e Tecnologia**. v.1, n.1, p. 158-170, 2016.

INCA. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2014.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Controle do Câncer do Colo do Útero**. Disponível em:<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/conceito\\_magnitude](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude)>. Acesso em: 29 de maio de 2016.

LIMA, A.S.G; VOLPATO, L.M.B. Saúde da mulher negra e os determinantes: racismo, questão de gênero e classe econômica – Encontro de iniciação científica, v.10, n.10, 2014.

MARAL, M.S. et al. Prevenção do câncer de colo de útero: a atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde. **Rev. Cient. FacMais**, v.8, n.1, 2017

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2017.

MCEWEN, M; WILLS, E.M. **Bases Teóricas de Enfermagem** – 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MELLO, J.C; SILVA, J.C. Entre Xukurus-kariris e Griots: educação de povos indígenas e quilombolas para o acesso à universidade em alagoas. **Cadernos do LEME**, Campina Grande, vol. 2, n. 2, p. 58, 2010.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa social – Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

MURATA, I.M.H; GABRIELLONI, M.C; SCHIRMER, J. Cobertura do Papanicolau em mulheres de 25 a 59 anos de Maringá – PR, Brasil. **Rev. Bras. Cancerologia**, 2013; 58:409-15.

NAYAR, R; WILBUR, D.C. The pap teste and Bathesda 2014. **Cancer Cytopathology Magazine**, v.123, n.5, p. 81-271, 2015.

NETO, J.A.C. et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, p.1909-1916, 2015.

- OLIVEIRA, M.M; MALTA, D.C, et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.** p. 146-157.
- OLIVEIRA, M.V. Prevenção do câncer de colo uterino em mulheres quilombolas do município de Vitória da Conquista – Programa de pós-graduação em saúde pública. Belo Horizonte, 2014.
- OLIVEIRA, J.L.T. Intervenções dos enfermeiros na atenção primária à saúde para prevenção do câncer de colo de útero – Mestrado de Enfermagem. Faculdade Federal de Juiz de Fora, 2015.
- PERGORETE, T.R. Sistematização das assistências de enfermagem a pessoa vivendo com HIV/AIDS no serviço de atenção especializada às IST/HIV/AIDS – Trabalho de conclusão de curso. Instituto de Ciências e Saúde, Universidade Federal do Mato Grosso, 2016.
- PINHO, L; OLIVEIRA, P.S; LOPES, D.A; SILVA, J; OLIVEIRA, H; BARBOSA, H.A. Adesão das mulheres ao exame preventivo de câncer de colo de útero: um ensaio comunitário. **Rev. de Enferm. UFPE.** p. 442-4448 2016.
- PIRES, A.F. et al. A importância da Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. **Rev. Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 1-4, 2015.
- QUEIRÓS, P.J.P; VIDINHA, T.S.S; FILHO, A.J.A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. **Rev. de Enf. Referência.** Série IV, n. 3, p. 157-164, 2014.
- RUFINO, J.J.S; RODRIGUES, P.M.B; LEITEA, H.P. Prevalência do câncer do colo do útero na Paraíba. **Rev. Temas em Saúde.** v. 16, n. 2, p. 212-225, 2016
- SANCHO, L.G; SILVA, N.E.K. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideia. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*, v.23, n.2, p.371-391, 2013.
- SAVIETO, R.M; LEÃO, E.R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Esc. Anna Nery**, p.198-202, 2016.
- SILVA, B.J.C. Prevenção e promoção da saúde em gestantes durante pré-natal: a importância da citologia oncológica. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2016.
- SILVA, K.S.B, et al. Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso da condição marcadora em um estudo misto. 2013. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12042013-111803/>>. Acesso em: 2016-06-16.
- SILVA, M. A. S.; et al. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. **Rev. Rene**, Paraná, v. 16, n. 4, p. 532-539, 2015.
- SOUZA SILVA, J. K. S.; et al. Prevenção do câncer de colo uterino: um enfoque a não adesão. **Rev. Enferm. UFPI**, Piauí, v. 2, n. 3, p. 53-59, 2013.
- SILVANA, J.M.O. Significado da gravidez para adolescente quilombola: um olhar etnográfico da enfermagem – Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia – Escola de Enfermagem, 2012.

TEIXEIRA, L.A. Dos gabinetes de ginecologia às companhias de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. **Hist. Ciên. Saúde – Manguinhos**, v.22, n.1. Rio de Janeiro, 2015.

World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva; 2002.

**(APÊNDICE A)****INTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Data de Preenchimento do Questionário: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_:\_\_\_

Município: União dos Palmares Bairro: Zona Rural – Comunidade Quilombola Muquém

Código da Entrevista: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

**1. CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO**

1.1. Idade: \_\_\_\_\_ anos DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

1.2. Sexo: Masc. ( ) Fem. ( )

1.3. Estado Civil

( ) Solteiro ( ) Casado(a) ( ) Companheiro(a) ( ) Separado/ Divorciado (a) ( ) Viúvo(a)

1.4. Você se Considera:

( ) Indígena ( ) Preto ( ) Pardo (a) ( ) Amarelo ( ) Branco (a)

1.5. Ocupação: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

1.6. Renda Familiar em reais: \_\_\_\_\_

1.7. Escolaridade:

( ) Não Alfabetizado ( ) Ensino Fundamental completo ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino Médio completo ( ) Ensino Médio incompleto ( ) Ensino superior (faculdade) completo ( ) Ensino Superior incompleto ( ) Bacharelado ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-doutorado

1.8. Com quantos anos teve a primeira menstruação (menarca)? \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe

1.9. Com que idade teve a primeira relação sexual (Coitarca)? \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe

1.10. Quantos parceiros sexuais já teve? \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe ( ) Não deseja responder

1.11. Informações sobre o ciclo menstrual:

Intervalo \_\_\_ dias/ Duração: \_\_\_\_\_ Fluxo: ( ) Pequeno ( ) Moderado ( ) Intenso

1.13. Com que frequência realiza consulta ginecológica? \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe

1.14. Você já realizou o exame preventivo do câncer de colo de útero (colpocitologia Oncótica)? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe responder

1.15. Já teve alguma doença sexualmente transmissível?

( ) Não                      ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe    ( ) Não desejo responder

1.16. Usa algum método contraceptivo?

( ) Não                      ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

1.17. G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

**2. DADOS SOBRE A REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU**

1) Já realizou o exame de Papanicolau?

---

---

---

---

2) Você tem algum conhecimento sobre o exame?

---

---

---

---

3) Já recebeu alguma informação sobre o exame de algum profissional de saúde?

---

---

---

---

4) Por que nunca realizou o exame de Papanicolau?

---

---

---

---

---

## (APÊNCE B)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)**

(em duas vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”*

(Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, ....., tendo sido convidada pela graduanda de Enfermagem Isadora Cristina Rodrigues de Amorim Pereira, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jovânia Marques de Oliveira e Silva, para participar como voluntária do estudo intitulado: **“MOTIVOS RELACIONADOS A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAU POR MULHERES DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA”** recebi as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldade e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo tem por objetivo compreender os motivos que levam essas mulheres a não realizarem o exame de Papanicolau;
- Que a importância desse estudo é para a assistência do enfermeiro inserido nas Redes de Atenção à Saúde, propiciando implicação no exercício prático, promoção da saúde com vistas a assegurar o direito dessas mulheres ao acesso aos serviços de saúde de forma integral, e subsidiar políticas públicas para essa população.
- Que o resultado que se deseja alcançar é a análise dos motivos relacionados a não realização do exame de Papanicolau;
- Que a coleta de dados deste estudo se inicia após aprovação do Comitê de Ética e que está prevista para começar em julho/2017 e terminar em agosto/2017. No entanto, só participarei o tempo suficiente para responder a entrevista, podendo ser em mais de um encontro conforme combinado;
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: lendo e assinando o T.C.L.E., respondendo a entrevista realizada pela pesquisadora, que gravou a entrevista e preencheu o questionário conforme informações que eu forneci;
- Que eu autorizarei a gravação da entrevista para posterior transcrição pela pesquisadora;
- Que o estudo proposto oferece riscos mínimos podendo as mulheres apresentar um leve cansaço ao participar da entrevista, exposição de informações do entrevistado para o pesquisador, as perguntas podem lembrar sentimentos nos quais podem gerar desconforto. Caso essa situação se concretize, a entrevista será interrompida definitivamente ou parcialmente a depender da escolha do entrevistado, e a mesma será encaminhada ao serviço de suporte à Saúde Mental disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de União dos Palmares.
- Que os benefícios são contribuir com os aspectos referentes à construção de informações acerca da prevenção contra o câncer de colo do útero, fomentar a discussão acerca dos motivos que as fizeram não realizar o exame de Papanicolau, bem como a melhoria dos cuidados oferecidos às mulheres que residem na

comunidade, proporcionando um progresso que resultará na redução dos índices de câncer de colo de útero, já que visa a maior adesão das mulheres ao exame de Papanicolau.

- Que eu serei entrevistado(a) no local que eu escolher e que, sempre que eu desejar será fornecido esclarecimento sobre cada uma das etapas do estudo;
- Que se eu me sentir desconfortável, me emocionar ou me cansar, a entrevista poderá ser interrompida, se assim eu desejar;
- Que se eu disser que determinada fala não pode ser gravada serei atendido(a).
- Que se eu quiser ou achar melhor, poderei remarcar a entrevista para outro dia, horário e local que for da minha conveniência;
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- Que autorizo a utilização das minhas respostas, desde que para fins de pesquisa e divulgação dos resultados advindos delas;
- Que não serei beneficiado(a) financeiramente, mas contribuirei para a produção do conhecimento científico e prática do enfermeiro;
- Que se eu vier a sofrer algum dano durante a realização da entrevista, deverei ser indenizado e para isso os pesquisadores assumirão os custos;
- Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto para equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- Que os gastos da pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores, portanto não precisarei desembolsar nenhuma quantia.
- Que eu serei informada sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que eu desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- Que eu levarei uma via do T.C.L.E. assinado pelas pesquisadoras e por mim;

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Avenida Lourival Melo Mota, Cidade Universitária,

Tabuleiro do Martins, Maceió/AL

CEP: 57072-900

Telefones p/contato: 3214-1100

O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio da Reitoria, 1º Andar, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 Horário de Atendimento: das 8h às 12h

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com;

<hr/> <p>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal</p>	<hr/> <p>Assinatura da orientadora do estudo (Rubricar as demais páginas) JOVÂNIA MARQUES DE OLIVEIRA E SILVA</p> <hr/> <p>Assinatura do responsável pelo estudo (Rubricar as demais páginas) ISADORA CRISTINA R. DE A. PEREIRA</p>
---	---

## ANEXO D COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

22/11/2017

#50378 Sinopse



CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS ESTATÍSTICAS

Capa > Usuário/User > Autor > Submissões > #50378 > Resumo

### #50378 Sinopse

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

#### Submissão

Autores	Isadora Cristina Rodrigues de Amorim Pereira, Thayse Luana Farias Costa Ramos, Jovânia Marques de Oliveira e Silva, Sueli Teresinha Cruz Rodrigues, Clodis Maria Tavares, Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Título	Motivos relacionados à não realização do exame Papanicolau por mulheres quilombolas
Documento original	<a href="#">50378-209724-1-SM.DOCX</a> 23-11-2017
Docs. sup.	<a href="#">50378-209725-1-SP.PDF</a> 23-11-2017 <a href="#">50378-209726-1-SP.PDF</a> 23-11-2017 <a href="#">50378-209727-1-SP.PDF</a> 23-11-2017 <a href="#">50378-209728-1-SP.PDF</a> 23-11-2017 <a href="#">50378-209729-1-SP.PDF</a> 23-11-2017 <a href="#">50378-209730-1-SP.PDF</a> 23-11-2017 <a href="#">50378-209731-1-SP.PDF</a> 23-11-2017
Submetido por	Amuzza Aylla Pereira Santos
Data de submissão	novembro 23, 2017 - 12:39
Seção	Artigo Original
Editor	Nenhum(a) designado(a)

INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR

#### Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	23-11-2017
Última alteração	23-11-2017

#### Metadados da submissão

##### EDITAR METADADOS

##### Autores

Nome	Isadora Cristina Rodrigues de Amorim Pereira
Instituição/Afiliação	Universidade Federal de Alagoas
País	Brasil
Resumo da Biografia	Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.
Nome	Thayse Luana Farias Costa Ramos
Instituição/Afiliação	Universidade Federal de Alagoas
País	Brasil
Resumo da Biografia	Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.
Nome	Jovânia Marques de Oliveira e Silva
Instituição/Afiliação	Universidade Federal de Alagoas
País	Brasil
Resumo da Biografia	Enfermeira, Doutora. Professora adjunta do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.
Nome	Sueli Teresinha Cruz Rodrigues
Instituição/Afiliação	Universidade Federal de Alagoas
País	Brasil
Resumo da Biografia	Enfermeira, Mestre. Professora adjunta do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.
Nome	Clodis Maria Tavares
Instituição/Afiliação	Universidade Federal de Alagoas
País	Brasil
Resumo da Biografia	Enfermeira, Doutora. Professora adjunta do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.
Nome	Amuzza Aylla Pereira dos Santos
URL	<a href="http://orcid.org/0000-0001-6299-7190">http://orcid.org/0000-0001-6299-7190</a>
Instituição/Afiliação	Universidade Federal de Alagoas
País	Brasil
Resumo da Biografia	Enfermeira, Doutora. Professora adjunta do curso de Enfermagem de Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.

Contato principal para correspondência.

##### Título e Resumo

Título	Motivos relacionados à não realização do exame Papanicolau por mulheres quilombolas
Resumo	O câncer do colo do útero se destaca entre os maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. A realização do exame para detecção precoce é importante para o controle do número de mulheres que irão desenvolver o câncer. Diante disso, o estudo teve como objetivo identificar as razões pelas quais essas mulheres não realizaram o exame citológico. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e descritivo, realizado com sete mulheres de um povoado do estado de Alagoas. Os dados obtidos foram submetidos a análise sob a luz da Teoria de Dorothea Elizabeth Orem, subsidiada pela análise de conteúdo de Bardin. Os resultados alcançados foram

Ajuda do sistema

TAMANHO DE FONTE

IDIOMA / LANGUAGE

Selecione o idioma  
 Português (Brasil) ▼

USUÁRIO / USER

Logado como:  
**amuzza**  
 • Meus periódicos  
 • Perfil  
 • Sair do sistema

AUTOR

Submissões  
 • Ativo (2)  
 • Arquivo (19)  
 • Nova submissão

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa  
  
 Escopo da Busca  
 Todos ▼

Procurar/Browse

• Por Edição  
 • Por Autor  
 • Por Título/By Title  
 • Outras revistas

INFORMAÇÕES

• Para Leitores/For Readers  
 • Para Autores  
 • Para Bibliotecários

NOTIFICAÇÕES

• Visualizar  
 • Gerenciar

SISTEMA ELETRÔNICO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS

22/11/2017

#50378 Sinopse

essa análise mostraram que a maioria das mulheres referiram o medo e a vergonha como motivos para a não realização de exame. Além disso, grande parte das entrevistadas afirmou nunca ter recebido qualquer informação sobre o exame por parte dos profissionais de saúde.

**Indexação**

Área e sub-área do Conhecimento	Enfermagem; Enfermagem saúde da Mulher
Assunto	Exame Papanicolau; População Negra; Saúde da Mulher; Enfermagem
Palavras-chave	Exame Papanicolau; População Negra; Saúde da Mulher; Enfermagem
Idioma	pt

**Agências de fomento**

Agências	—
----------	---

 A Revista Eletrônica de Enfermagem está licenciada sob uma Licença **Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional**.

