

## Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil

Barriers to implementation of cervical cancer screening: a household survey in the coverage area of the Family Health Program in Nova Iguaçu, Rio de Janeiro State, Brazil

Ricardo de Mattos Russo Rafael <sup>1,2</sup>  
Anna Tereza Miranda Soares de Moura <sup>1</sup>

### Abstract

*The aim of this study was to analyze barriers to access to cervical cancer screening under the Family Health Program in Nova Iguaçu, Rio de Janeiro State, Brazil. Through a household survey, we interviewed 281 women 20 to 59 years of age. To assess barriers to the Pap smear, a Portuguese version of the Champion's Health Belief Model Scale was used. Fear related to the test results (39.85%, 95%CI: 34.09-45.61) and the professional examiner (31.31%, 95%CI: 25.86-36.77), shame (39.85%, 95%CI: 34.09-45.61), and forgetting to schedule the test (32.02%, 95%CI: 26.53-37.51) were reported as the main barriers to access. Since the constraints varied according to the population's socio-demographic characteristics, organization of cervical cancer screening should be tailored accordingly.*

*Uterine Cervical Neoplasms; Family Health; Health Services Accessibility*

<sup>1</sup> Programa de Mestrado em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil.  
<sup>2</sup> Universidade Iguaçu, Nova Iguaçu, Brasil.

#### Correspondência

R. M. R. Rafael  
Programa de Mestrado em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rua do Riachuelo 27, 6<sup>a</sup> andar, Rio de Janeiro, RJ 20230-010, Brasil.  
ricko.mattos@hotmail.com

### Introdução

As neoplasias malignas atualmente integram as principais causas de óbito da população mundial. No público feminino, o câncer do colo uterino se apresenta como importante problema de saúde pública devido às elevadas taxas de incidência e mortalidade, principalmente em regiões de menor desenvolvimento socioeconômico. Todavia, acredita-se que a ampla disseminação da colpocitologia oncótica nas faixas etárias de maior risco (25 a 59 anos) pode resultar em redução expressiva da mortalidade por este agravo <sup>1</sup>.

Experiências exitosas no controle do câncer do colo uterino estão fundamentadas em programas de rastreio seletivo e sistematizado, que priorizam a captação dos grupos de maior vulnerabilidade <sup>2</sup>. Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode oferecer grandes contribuições ao cenário de controle da doença, ao contemplar em sua dinâmica de trabalho práticas voltadas à vigilância e com a participação social. Apesar dessas novas iniciativas na reorganização da oferta de serviços, observa-se que o exame de rastreio ainda não costuma ser realizado com a regularidade desejada <sup>3,4</sup>.

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS), proposto por Rosenstock <sup>5,6</sup>, apresenta-se como um possível dispositivo para o reconhecimento de como a clientela se comporta e enfrenta seus problemas de saúde. Segundo esse modelo, a escolha pela adesão a métodos preventivos está

fundamentada na percepção de quatro aspectos – a saber: vulnerabilidade ou susceptibilidade, gravidade da doença, benefícios e barreiras associadas à ação proposta. Parte-se da premissa que a percepção individual dessas quatro dimensões influenciaria sobremaneira o processo decisório sobre as atitudes relacionadas a cada singular processo saúde/doença.

O presente estudo visa a analisar as barreiras impeditivas do acesso ao rastreamento do câncer do colo uterino por meio da utilização do MCS, no âmbito da ESF do Município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro. O conhecimento gerado poderá auxiliar na reflexão sobre novas estratégias necessárias, além de contribuir para uma prática mais equânime no âmbito da Saúde da Família.

## Métodos

Foi realizado um inquérito domiciliar em Comendador Soares, uma das nove regiões administrativas de Nova Iguaçu, com cobertura da ESF próxima a 20 mil habitantes e tempo de implantação de cinco anos. Ressalta-se que o sistema de saúde municipal possui uma configuração ainda diminuta, com uma cobertura da ESF em torno de 20% da população.

Foi realizada amostragem sistemática com base na listagem nominal das 1.724 mulheres cadastradas, entre 20 e 59 anos, com tamanho amostral final de 281 indivíduos. Os dados foram coletados em março de 2009 por equipe composta por nove agentes comunitários de saúde (ACS), por meio de entrevistas face a face, aplicadas no domicílio.

O instrumento utilizado foi composto por questionário estruturado e multidimensional, abarcando itens da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD), dos critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP; [http://www.abep.org/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf), acessado em 02/Dez/2008) e do questionário *Champion's Health Belief Model Scale* (CHBMS)<sup>4</sup>. Foram avaliados apenas os itens que compõem a escala de barreiras do MCS, que abrange variáveis relacionadas tanto à paciente quanto ao exame em si. As variáveis foram categorizadas com base em fatores relacionados ao procedimento (medo e vergonha do exame e do examinador), aos serviços (custo e agendamento) e aos aspectos relacionados à dinâmica de vida das mulheres (transporte, esquecimento e importância atribuída ao exame). A situação econômica das participantes foi aferida baseando-se em critérios propostos pela ABEP; a classe “A” representa a maior renda familiar e a “E” os grupos de menor renda. Nenhuma

respondente atendeu aos critérios da classe “A”. Os dados foram analisados no programa Stata 10 SE (Stata Corp., College Station, Estados Unidos) com análise descritiva, sendo calculadas as prevalências e estimando os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) via método binomial exato.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética, obtendo autorização sob o CAAE 0137.0.000.308-09. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, nos casos necessários, foram orientadas a procurar os serviços oferecidos pela ESF.

## Resultados

Foram entrevistadas 281 mulheres, 5% não realizaram o exame colposcópico nos últimos três anos. Não houve perdas e apenas sete recusas à participação. Todas as entrevistas foram contempladas na análise. Os dados referentes ao perfil da amostra estão dispostos na Tabela 1. Os fatores que dificultaram ou impediram o acesso às técnicas de rastreamento do câncer do colo uterino estão demonstrados na Tabela 2. O medo relacionado ao resultado do exame e a vergonha proveniente da exposição do corpo foram os aspectos que apresentaram maior prevalência.

Os fatores relacionados ao exame e características dos serviços de saúde, bem como à dinâmica de vida das mulheres que dificultam o acesso estão dispostos nas Tabelas 3 e 4, respectivamente. As características referentes à escolaridade e classe econômica apresentaram significância estatística quando associadas à maior parte das barreiras analisadas.

## Discussão

A partir da escolha pela realização de um inquérito domiciliar foi possível contemplar também e, principalmente, mulheres que não frequentam regularmente os serviços de saúde; disponibilizando informações que não são de fácil obtenção. A opção de envolver os ACS para a realização das entrevistas parece ter contribuído para a maior adesão das respondentes, já que os mesmos constituem um dos principais mediadores no processo de atuação da Estratégia e se apresentam como importantes atores na captação dos usuários<sup>3</sup>. A prática de busca ativa, realizada pelos ACS, permite antever os agravos da população e, assim, proporcionar certa longitudinalidade ao cuidado em saúde<sup>5,7</sup>. Todavia, com os complexos problemas de saúde vivenciados pela sua clientela, a ESF necessita

Tabela 1

Perfil sociodemográfico da amostra de mulheres residentes na área de cobertura da Estratégia Saúde da Família, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil, 2009.

Características da amostra (n = 281)	Prevalência (IC95%)
Idade (anos)	
20-39	60,2 (54,4-65,9)
40-59	39,8 (34,1-45,6)
Raça/Cor	
Pardas	44,1 (38,3-50,0)
Demais etnias	55,9 (50,0-61,7)
Escolaridade	
Até o Ensino Fundamental	72,6 (67,3-77,8)
Ensino Médio completo/incompleto	25,6 (20,5-30,7)
Ensino universitário completo/incompleto	1,8 (0,2-3,3)
Situação conjugal	
Com companheiro	65,1 (59,5-70,7)
Sem companheiro	34,9 (29,3-40,5)
Classe econômica	
B	6,8 (3,8-9,7)
C	59,1 (53,3-64,8)
D	32,4 (26,9-37,9)
E	1,8 (0,2-3,3)

Tabela 2

Fatores que dificultam o acesso à colpocitologia oncótica em mulheres residentes na área de cobertura da Estratégia Saúde da Família, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil, 2009.

Fatores de impedimento (n = 281)	Prevalência (IC95%)
Relacionados ao procedimento e características dos serviços de saúde	
Custo do exame	13,9 (9,8-17,9)
Dificuldade de agendamento do exame	17,4 (13,0-21,9)
Medo de sentir dor durante o procedimento	15,3 (11,0-19,5)
Medo relacionado à técnica do exame	19,6 (14,1-24,2)
Medo relacionado ao profissional	31,3 (25,9-36,8)
Medo relacionado ao resultado do exame	39,8 (34,1-45,6)
Necessidade de preparo para a realização do exame	22,4 (17,5-27,3)
Vergonha do examinador	39,8 (34,1-45,6)
Relacionados à dinâmica de vida da mulher	
Dificuldades com o transporte	15,3 (11,0-19,5)
Dificuldades relacionadas ao cotidiano das mulheres	0,71 (0,0-1,7)
Esquecimento da data agendada	32,0 (26,5-37,5)
Importância atribuída ao exame	7,8 (4,7-11,0)

de ferramentas que possibilitem um melhor direcionamento de suas ações.

O MCS utilizado no estudo de certa forma auxilia no entendimento do comportamento das

mulheres frente à procura pelas técnicas de rastreamento da doença. Acredita-se ainda que essa proposta abarque apenas algumas dimensões dessas possíveis barreiras, sendo importante considerar

Tabela 3

Fatores relacionados ao procedimento e características dos serviços de saúde que dificultam o acesso à colpocitologia oncótica distribuídos nos diferentes subgrupos de mulheres residentes na área de cobertura da Estratégia Saúde da Família, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil, 2009.

Características	n	Custo do exame	Dificuldade no agendamento do exame	Medo de sentir dor durante o procedimento	Medo relacionado à técnica do exame	Medo relacionado ao profissional	Medo relacionado ao resultado do exame	Necessidade de preparo para a realização do exame	Vergonha do examinador
Idade (anos)	281								
20-39	169	14,2	16,0	15,4	17,2	30,8	41,4	20,7	31,9
40-59	112	13,3	19,6	15,2	23,2	32,1	37,5	25,0	51,8
Valor de p		1,000	0,428	1,000	0,222	0,896	0,536	0,465	0,001
Raça/Cor	281								
Pardas	124	18,5	11,3	9,7	16,9	25,8	33,9	23,4	35,5
Demais etnias	157	10,2	22,3	19,7	21,7	35,4	44,59	21,7	43,3
Valor de p		0,056	0,018	0,020	0,365	0,092	0,086	0,774	0,220
Escolaridade	281								
Até Ensino Fundamental	204	15,2	22,0	18,1	22,5	34,8	44,6	27,0	42,2
Ensino Médio	72	8,3	5,6	6,9	12,5	22,2	26,4	11,1	36,1
Ensino universitário	5	40,0	0,0	20,0	0,0	20,0	40,0	0,0	0,00
Valor de p		0,065	0,002	0,053	0,128	0,102	0,018	0,008	0,127
Situação conjugal	281								
Com companheiro	183	14,2	15,8	11,5	15,3	28,4	39,9	23,5	36,6
Sem companheiro	98	13,3	20,4	22,4	27,5	36,7	39,8	20,4	45,9
Valor de p		1,000	0,410	0,023	0,018	0,177	1,000	0,653	0,160
Classe econômica	281								
B	19	5,3	5,3	10,5	15,8	5,3	21,0	0,0	42,1
C	166	12,6	15,7	12,0	15,7	30,1	39,8	19,9	37,9
D	91	17,6	19,8	18,7	25,3	36,3	41,8	29,7	41,8
E	5	20,0	80,0	80,0	60,0	80,0	80,0	60,0	60,0
Valor de p		0,423	0,005	0,003	0,036	0,004	0,098	0,002	0,719

os aspectos históricos, culturais e familiares da clientela, com vistas à programação de estratégias que sejam pertinentes às peculiaridades de cada comunidade. A ESE, instrumentalizada pelo MCS, pode oferecer uma janela de oportunidades para a compreensão desses contextos, uma vez que sua dinâmica de atuação favorece a formação do vínculo entre as equipes de saúde e a população <sup>5,8</sup>.

As principais barreiras referidas pelas respondentes foram o medo e a vergonha, relacionados à prática do exame de rastreamento, em consonância com outros achados de pesquisas, como a do Município de Campinas, São Paulo <sup>9</sup>. Além disso, os dados reforçam a forte relação entre as barreiras de acesso, a baixa escolaridade e a classe econômica das mulheres, já descrita na literatura

sobre o tema. Acredita-se que essas características podem guardar certa relação com a limitação no acesso às unidades de saúde decorrentes da rotina atribulada desse grupo de respondentes.

O medo como fator impeditivo do acesso merece um pouco mais de reflexão. Estudos apontam que esse sentimento também está frequentemente associado à maneira como as mulheres percebem a sua saúde. O diagnóstico do câncer possui um efeito quase devastador sobre a paciente, trazendo a idéia de aproximação com a morte, possíveis mutilações e a dor proveniente dos tratamentos <sup>10</sup>. A despeito dos avanços observados e da redefinição do papel da mulher na sociedade ao longo do tempo, as repercussões geradas na qualidade de vida da população feminina nem sempre foram positivas. A sobrepo-

Tabela 4

Barreiras de acesso à colpocitologia oncótica relacionadas à dinâmica de vida das mulheres residentes na área de cobertura da Estratégia Saúde da Família, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil, 2009, nos diferentes subgrupos estudados.

Características	n	Dificuldades com o transporte	Dificuldades relacionadas ao cotidiano das mulheres	Esquecimento da data agendada	Importância atribuída ao exame
Idade (anos)	281				
20-39	169	16,0	1,2	31,4	4,1
40-59	112	14,29	0,0	33,0	13,4
Valor de p		0,738	0,519	0,795	0,006
Raça/Cor	281				
Pardas	124	16,1	0,0	32,3	7,3
Demais etnias	157	14,6	1,3	31,8	8,3
Valor de p		0,742	0,505	1,000	0,826
Escolaridade	281				
Até Ensino Fundamental	204	19,1	1,0	35,3	8,8
Ensino Médio	72	5,6	0,0	25,0	5,6
Ensino universitário	5	0,0	0,0	0,0	0,0
Valor de p		0,010	1,000	0,106	0,640
Situação conjugal	281				
Com companheiro	183	14,2	0,5	32,2	8,2
Sem companheiro	98	17,3	1,0	31,6	7,1
Valor de p		0,491	1,000	1,000	0,820
Classe econômica	281				
B	19	15,8	0,0	15,8	5,3
C	166	9,0	0,6	28,9	5,4
D	91	24,2	0,0	38,5	12,1
E	5	60,0	20,0	80,0	20,0
Valor de p		0,001	0,040	0,020	0,130

sição das atividades laborativas com os cuidados com a família sobrecarrega a mulher, dificultando a realização de práticas de autocuidado. Além disso, considera-se importante a influência que a mulher exerce sobre as escolhas dessas práticas no seu próprio núcleo familiar, que podem estar permeadas pelas barreiras elucidadas neste estudo. Os sentimentos de conflito vivenciados pela mulher acerca da adesão aos comportamentos preventivos podem ser generalizados para os outros componentes familiares, assumindo características de impedimentos a outras práticas de saúde. Nessa perspectiva, acredita-se que estratégias centradas no contexto familiar que assegurem suporte para a paciente podem amenizar esses sentimentos negativos frente à realização de exames diagnósticos e outros cuidados de saúde.

A população de Nova Iguaçu vivencia um complexo processo de mobilidade pendular ao

se deslocar regularmente para outros municípios – em especial a capital – com o objetivo de trabalhar ou estudar <sup>11</sup>. Esse movimento diário dificulta sobremaneira o acesso aos serviços de atenção primária, que são geralmente oferecidos durante os dias úteis da semana em horários fixos. Acredita-se que os fatores de impedimento aqui encontrados podem se repetir em outras regiões com características semelhantes, tornando necessária a reflexão sobre a atuação da ESF no desenvolvimento de práticas de saúde mais equânimes. Uma análise multimunicipal poderia trazer melhores informações sobre as necessidades populacionais. Essa adequação não é tarefa fácil e necessita de uma articulação organizada e ampla. A proposta da ESF prevê um olhar intersetorial como forma de resolução de problemas, trazendo uma perspectiva de melhoria na atenção à mulher sob a ótica da promoção da saúde.

## Resumo

*O objetivo deste estudo foi analisar as barreiras impeditivas do acesso ao rastreamento do câncer do colo uterino no âmbito da Saúde da Família do Município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. Por meio de um inquérito domiciliar foram entrevistadas 281 mulheres com idades entre 20 e 59 anos. Para avaliação das barreiras de acesso ao exame, utilizou-se a versão em português do instrumento Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS). O medo relacionado ao resultado do exame (39,85%; IC95%: 34,09-45,61) e ao profissional examinador (31,31%; IC95%: 25,86-36,77), a vergonha (39,85%; IC95%: 34,09-45,61) e o esquecimento relacionado ao agendamento do exame (32,02%; IC95%: 26,53-37,51) foram referidos como as principais barreiras impeditivas do acesso. Como os fatores de impedimento variaram de acordo com as características sociodemográficas da população, acredita-se que a estruturação das práticas de rastreamento da doença deve ser pautada na realidade territorial.*

*Neoplasias do Colo Uterino; Saúde da Família; Acesso aos Serviços de Saúde*

## Colaboradores

R. M. R. Rafael participou da concepção e elaboração do projeto de pesquisa, coleta e análise dos dados e foi responsável pela redação final do manuscrito. A. T. M. S. Moura contribuiu com a concepção e elaboração do projeto de pesquisa e supervisão da análise de dados, e revisou e aprovou a versão final do manuscrito.

## Referências

1. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
2. Nygard J, Skare G, Thoresen S. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen* 2002; 9:86-91.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 Suppl 2:S301-9.
5. Santos E. Modelo de Crenças em Saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal [Tese de Doutorado]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2008.
6. Fugita RMI, Gualda DMR. A causalidade do câncer de mama à luz do modelo de crenças em saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40:501-6.
7. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1103-12.
8. National Cancer Institute. Theory at a glance: a guide for health promotion practice. Washington DC: National Institutes of Health; 2005.
9. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2329-38.
10. Oliveira M, Fernandes A, Galvão M. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cervicouterino. *Acta Paul Enferm* 2005; 18:150-5.
11. Jardim AP. Mobilidade intrametropolitana no Rio de Janeiro. *Revista Tamoios* 2005; 1:22-37.

Recebido em 18/Set/2009

Versão final reapresentada em 06/Abr/2010

Aprovado em 16/Abr/2010