



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

ESTER MARCELE FERREIRA DE MELO

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES SOBRE O
EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

RECIFE

2016

ESTER MARCELE FERREIRA DE MELO

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES SOBRE O
EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Saúde da família nos cenários do cuidado de Enfermagem.

Grupo de Pesquisa: Enfermagem na Saúde da Mulher no Contexto da Família.

Orientadora: Prof^a Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares.

Coorientadora: Prof^a Dra. Telma Marques da Silva.

RECIFE
2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

M528c Melo, Ester Marcelle Ferreira de.
Conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino / Ester Marcelle Ferreira de Melo. – 2016.
110 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Francisca Márcia Pereira Linhares.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. | Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Enfermagem. 2. Saúde da mulher. 3. Neoplasias do colo do útero. 4. Teste de papanicolau. 5. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. I. Linhares, Francisca Márcia Pereira (Orientadora). II. Título.

610.73

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2016-195)

ESTER MARCELE FERREIRA DE MELO

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES SOBRE O
EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Dissertação Aprovada em: 22 de Fevereiro de 2016

Prof^ª Dr^ª Francisca Márcia Pereira Linhares (Presidente) – UFPE

Prof^ª Dr^ª Cleide Maria Pontes – UFPE

Prof^ª Dr^ª Luciana Pedrosa Leal – UFPE

Prof^ª Dr^ª Sheyla Costa de Oliveira – UFPE

RECIFE

2016

*Aos meus pais, Marcelo Gomes de Melo e
Euza de Lima Ferreira de Melo, e aos meus
irmãos Marcelo Gomes de Melo Júnior e Elka
Marcella Ferreira de Melo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por guiar os meus passos e ser o meu refúgio nas horas difíceis;

Aos meus pais, Marcelo e Euza, por seu amor, apoio e incentivo sempre para continuar estudando;

Aos meus irmãos, Marcelo Jr e Elka, verdadeiros companheiros;

Aos meus tios, Elzani, Elza e Gonzaga, pelo cuidado e acolhimento carinhoso;

Aos meus avós, Selma e Severino, por torcerem por mim;

Às minhas primas, Fernanda e Ádna, por compartilharmos nossas experiências nessa caminhada acadêmica, dando força umas às outras e à Léa, prima querida que está sempre disposta a ajudar em tudo;

A toda minha família, tios, tias, primos e primas, por acreditarem em mim;

Às amigas, Paula Alves, Alziane, Juliana e Joyce, pela nossa amizade fiel;

Aos colegas de trabalho e amigos, Juliana, Paula, Tônia, Lidiane, Danielle Alves, Danielle Melo, Débora, Joabe, Nielma, Neves, Leide, Elizângela, Marta, Edleusa, pela parceria e incentivo ao longo desses anos;

Aos meus colegas de turma e amigos da Turma 5, Amanda, Íris, Luana, Naélia, Natália, Nayara, Tiago e Vanessa, o apoio de vocês foi fundamental para que eu conseguisse vencer mais essa etapa. Obrigada pelas palavras de apoio e pela ajuda. Para sempre vão ficar guardados em meu coração;

Às orientadoras, professoras Francisca Márcia e Telma Marques, por todos os ensinamentos prestados, em especial professora Márcia, pela sua paciência, confiança e pelas oportunidades de crescimento acadêmico a mim proporcionadas;

Às professoras da banca de qualificação do projeto de pesquisa, Cleide Pontes, Iracema Frazão e Ana Márcia Tenório, por todas as sugestões para a melhoria da minha pesquisa;

Às professoras da banca examinadora, Cleide Pontes, Luciana Leal e Sheyla Costa, por todas as contribuições prestadas para o enriquecimento do nosso trabalho;

A todos os professores que fazem parte da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, que pelos seus ensinamentos alcancei mais um objetivo na minha vida;

A todos da secretaria, Glivson, Leo e Camila, por sempre estarem dispostos a nos atender e ajudar;

A todas as alunas do grupo de pesquisa que me ajudaram na coleta de dados: Ju Maíra, Tatiane, Carolina, Ju Pinheiro, Rayssa, Evellen, Kleytiane, Auricarla, Gabriela, Natália, Kaili, Mikellayne, Amanda e Érica;

A todas as mulheres que participaram da pesquisa, por nos receberem com muita gentileza;
Aos enfermeiros de todas as unidades de saúde do Distrito Sanitário V, pela disposição em nos ajudar;

Aos agentes comunitários de saúde que nos acompanharam na visita domiciliar;

A Tonny Victor, por ter estado ao meu lado e ajudado ao longo desses dois anos, me dando força nos momentos de desânimo, me fazendo sempre acreditar que eu era capaz. Muito obrigada por tudo!

MELO EMFM. Conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino. Recife-PE: UFPE, 2016. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2016.

RESUMO

O câncer do colo uterino (CCU) é causador de alta taxa de mortalidade no Brasil, apesar dos programas de rastreamento existentes. Conhecer o que as mulheres sabem, pensam e como agem frente ao exame de prevenção do CCU é fundamental para o direcionamento de práticas educativas que visem aumentar a adesão ao exame de prevenção. Nesse sentido, o objetivo geral da dissertação foi avaliar o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino. Realizou-se uma revisão integrativa para identificar na literatura quais as estratégias educativas utilizadas na prevenção do CCU. A amostra foi composta por 12 artigos publicados em português, inglês e espanhol, entre 2009 e 2014, disponíveis nas Bases de Dados PUBMED, MEDLINE, LILACS, BDNF E CENTRAL. As principais estratégias educativas identificadas foram vídeos educativos, folhetos, convites impressos, guias ilustrativos, mensagens televisivas, contato telefônico, visita domiciliar e ações educativas. O artigo original denominado “Conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino” objetivou avaliar o conhecimento, atitude e prática (CAP) de mulheres sobre o exame de prevenção do CCU e sua associação com as variáveis sociodemográficas. Tratou-se de um estudo transversal, realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário V, no Município de Recife-PE. A amostra do estudo foi composta por 500 mulheres com idade entre 25 e 64 anos de idade. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário semiestruturado aplicado durante a visita domiciliar. Na análise dos dados, após a classificação do CAP das mulheres acerca do exame de prevenção do CCU, foram calculadas as prevalências da adequação através do teste Qui-quadrado. A avaliação dos fatores de perfil que pudessem influenciar significativamente no CAP da mulher foi feita por meio da construção das tabelas de contingência e da aplicação do teste Qui-quadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas aplicou-se o teste Exato de Fisher. Verificou-se que 35,2% das mulheres apresentaram conhecimento adequado acerca da prevenção do CCU, 98% e 70,6% apresentaram atitude e prática adequada, respectivamente. Na análise multivariada, dentre as variáveis estudadas o conhecimento adequado apresentou associação estatística com as variáveis sociodemográficas, como número de filhos, renda e religião. Não ter filhos ($p=0,044$), ter renda familiar de dois salários mínimos ($p=0,011$) e ter religião espírita ou afro-brasileira ($p=0,018$) foram estatisticamente significantes para ter o conhecimento adequado. Dentre as mulheres que não realizam o exame do CCU (5,4%) os motivos declarados foram: falta de interesse (32,4%), vergonha (17,6%), falta de tempo/ausência de parceiro sexual (ambos com 14,7%), não gostar (11,8%) e medo (8,8%). O conhecimento inadequado associado aos motivos alegados pelas mulheres para a não realização do exame de prevenção do CCU constata a necessidade da realização de ações educativas por parte do enfermeiro a fim de empoderá-las sobre a temática e estimular sua adesão.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde da mulher. Neoplasias do colo do útero. Teste de papanicolaou. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

ABSTRACT

Despite the existence of screening programs, cervical cancer is responsible for high mortality rates in Brazil. This way, understanding what women know, what they think and how they act concerning cervical cancer prevention is critical to target educational practices whose aim are to increase its adherence. In this sense, the general purpose of this work was to evaluate the knowledge, attitude and practice of women about taking prevention of cervical cancer. We conducted an integrative review for identifying the literature which educational strategies used in the prevention of cervical cancer. The sample consisted of 12 articles published in Portuguese, English and Spanish between 2009 and 2014, available in PUBMED, MEDLINE, LILACS, BDNF and CENTRAL. The main educational strategies identified were educational videos, brochures, printed invitations, illustrative guides, television messages, telephone contact, home visits and educational activities. The original article entitled "Knowledge, attitude and practice of women about taking prevention of cervical cancer," aimed to assess the knowledge, attitude and practice (KAP) of women on the examination of prevention of cervical cancer and its association with sociodemographic variables. It was a cross-sectional study, performed in Basic Health Units (UBS) of the Health District V, in the Recife-PE municipality. The study sample consisted of 500 women aged between 25 and 64 years old. For data collection used a semi-structured questionnaire applied during home visits. In analyzing the data, after women's KAP classification on the prevention of cervical cancer, the prevalence of adequacy was calculated in each area evaluated with the chi-square test. The evaluation of the profile factors which could significantly influence women's KAP was done through the construction of contingency tables and the application of Chi-square test for independence. In cases where the test assumptions were not met, Fisher's exact test was applied. It was found that 35.2% of women had adequate knowledge about the prevention of cervical cancer, 98% and 70,6% have proper attitude and practice adequate, respectively. In multivariate analysis, among the variables proper knowledge presented statistical association with sociodemographic variables, such as number of children, income and religion. Not having children ($p = 0.044$), having a family income of two minimum wages ($p = 0.011$) and having spiritualist or African-Brazilian religion ($p = 0.018$) were statistically significant regarding proper cervical cancer knowledge. Among women who did not taking prevention of cervical cancer (5.4%) the stated reasons were: lack of interest (32.4%), shame (17.6%), lack of time / absence of sexual partner (both 14.7%), dislikes (11.8%) and fear (8.8%). Inadequate knowledge associated with the reasons given by women for not performing the CCU prevention examination. Realize the need to carry out educational activities by nurses in order to empower them about the issue and encourage accession.

Keywords: Nursing. Women's health. Uterine cervical neoplasms. Papanicolaou test. Knowledge, attitude and practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos segundo os critérios de inclusão e 41
exclusão. Recife-PE, 2014.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Publicações encontradas do ano de 2009 até 2014, a partir do cruzamento entre os descritores, em cada base de dados. Recife-PE, 2014. 39
- Tabela 2 - Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário V e seu respectivo número de Equipe de saúde da Família. Recife-PE, 2015. 44
- Tabela 3 - Tamanho da amostra de acordo com as Unidades Básicas de Saúde e o número de Equipes de Saúde da Família. Recife-PE, 2015. 46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ASB - Agentes de Saúde Bucal

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BDENF - Base de Dados de Enfermagem

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAP - Conhecimento, Atitude e Prática

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CASP - Critical Appraisal Skills Programme

CENTRAL - Registro Cochrane de Ensaios Clínicos Controlados

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CCU - Câncer do Colo Uterino

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DeCS/MeSH- Descritores em Ciências da Saúde

DS - Distrito Sanitário

ESF – Equipe de Saúde da Família

FCPO - Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia

HPV - Papilomavírus Humano

INCA - Instituto Nacional de Câncer

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE -Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line

MR - Micro-Regiões

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PCC - Programa de Controle do Câncer

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAO - Política Nacional de Atenção Oncológica

PNCC - Programa Nacional de Controle do Câncer

PNCCCU - Programa Nacional de Combate do Câncer de Colo Uterino

PRO-ONCO - Programa Nacional de Oncologia

PUBMED -National Library of Medicine

RI - Revisão Integrativa

SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SNC - Serviço Nacional do Câncer

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UBS – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2	Geral.....	20
2.1	Específicos.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	História do câncer de colo uterino.....	21
3.2	O câncer de colo uterino no Brasil.....	22
3.3	Campanhas e Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher na Promoção, Prevenção e Controle do câncer de colo uterino.....	24
3.4	Promoção da saúde no contexto da prevenção do câncer de colo uterino: atribuições do enfermeiro.....	30
3.5	Educação em Saúde: Inquérito sobre conhecimento, atitude e prática do exame de prevenção do câncer de colo uterino.....	35
4	MÉTODO.....	38
4.1	Artigo de Revisão Integrativa - Estratégias educativas utilizadas na prevenção do câncer de colo uterino: Revisão Integrativa.....	38
4.1.1	Etapa 1: Identificação do tema ou questão de pesquisa.....	38
4.1.2	Etapa 2: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos.....	38
4.1.3	Etapa 3: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados.....	39
4.1.4	Etapa 4: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	41
4.1.5	Etapa 5: Interpretação dos resultados.....	42
4.1.6	Etapa 6: Apresentação da revisão.....	42
4.2	Artigo original: Câncer de colo uterino: Conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame de prevenção.....	43
4.2.1	Desenho do estudo.....	43
4.2.2	Local do estudo	43
4.2.3	População e amostra.....	45
4.2.4	Definição das variáveis.....	47
4.2.5	Procedimento de coleta de dados.....	49
4.2.6	Análise dos dados	51

4.2.7	Aspectos éticos da pesquisa.....	52
5	RESULTADOS	53
5.1	Artigo de Revisão Integrativa - ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS UTILIZADAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: REVISÃO INTEGRATIVA	53
5.2	Artigo Original - CÂNCER DE COLO UTERINO: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES SOBRE O EXAME DE PREVENÇÃO	69
6	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	98
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	99
	APÊNDICE B – Entrevista estruturada com as participantes da pesquisa	102
	APÊNDICE C – Folder explicativo entregue às participantes da pesquisa.....	105
	ANEXOS	106
	ANEXO A – Parecer substanciado do CEP.....	107

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino (CCU) é uma neoplasia causada pela persistência de lesões precursoras, chamadas de neoplasias intraepiteliais cervicais, que estão diretamente relacionadas com a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). É um problema grave que coloca em risco a vida de muitas mulheres, de magnitude relevante pelas altas taxas de mortalidade causadas¹.

Em nível mundial, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com 527 mil novos casos por ano. É o terceiro tumor mais frequente entre as mulheres e a quarta causa de morte por câncer no Brasil. Para o biênio de 2014/2015, foram esperados 15.590 novos casos. O CCU tem maior incidência na região Norte, com 23,6 casos por 100.000 mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição, com taxas de 22,2/100 mil e 18,8/100 mil, respectivamente, sendo o quarto mais frequente na região Sudeste (10,15/100 mil) e quinto na Sul (15,9/100 mil). No estado de Pernambuco, foram estimados, para 2015, 970 novos casos, destes, 180 casos para a capital, Recife².

O CCU é uma doença de evolução lenta; porém, mais de 70% das pacientes diagnosticadas encontram-se em estágio avançado na primeira consulta, o que dificulta a possibilidade de cura. Se a intervenção ocorrer precocemente, maior é a chance de sobrevida da mulher, menor é o custo do tratamento e a taxa de mortalidade³.

Embora este tipo de câncer possua melhores índices de cura e sobrevida (70%), quando comparado ao câncer de cólon e reto (59%)² anualmente 270 mil mulheres morrem de CCU e mais de 85% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda devido ao acesso precário a serviços de detecção precoce e tratamento⁴. Os principais fatores de risco são: baixo nível socioeconômico, multiplicidade de parceiros, início precoce da atividade sexual, infecção pelo HPV, uso de tabaco, uso de contraceptivo oral e baixa ingestão de vitaminas A e C, bem como idade entre 30 e 60 anos⁵.

A recomendação mundial para detectar precocemente lesões pré-cancerosas e cancerosas é o exame de prevenção. Porém, na maioria dos países em desenvolvimento, existem prioridades que concorrem com a saúde, associado a recursos financeiros insuficientes e sistemas de saúde deficientes, dificultando atingir uma ampla cobertura para detecção precoce do CCU⁴.

No Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) passou a ser o responsável pela formulação da

Política Nacional do Câncer. Em 1996, devido às altas taxas de mortalidade por câncer de colo uterino, foi lançado um projeto-piloto chamado “Viva Mulher”, voltado para mulheres com idade entre 35 e 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica e foi introduzida a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer¹.

Em 1998, foram instituídos, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero e o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como estratégias para o monitoramento e gerenciamento das ações. Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu ser prioridade o controle dos cânceres do colo do útero e de mama nos planos de saúde estaduais e municipais. No ano seguinte, o Pacto pela Saúde veio reafirmar a importância da detecção precoce dessas neoplasias, pela inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios¹.

Em 2009, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com o propósito de dar atenção a segmentos da população feminina e aos problemas emergentes que afetam a saúde da mulher. Essa política tem o objetivo de melhorar as condições de vida e saúde das mulheres brasileiras por meio do acesso aos serviços de promoção da saúde, prevenção de doença, assistência e recuperação, além de contribuir para a redução da morbimortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, dentre essas, pelo CCU e de mama⁶.

Apesar dos avanços da prevenção nos serviços para reduzir a mortalidade por CCU, esta ainda é um desafio a ser vencido, constituindo um problema de saúde pública. Para reduzir a mortalidade, o MS indica a realização do rastreamento e de suas lesões precursoras por meio do exame citopatológico (exame de prevenção do CCU)¹.

Para a realização do rastreamento, o INCA, juntamente com o MS, estabeleceu recomendações que são adotadas em nível nacional: o intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos realizados anualmente; o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade em mulheres que já iniciaram atividade sexual; os exames devem ser realizados até os 64 anos de idade, e, após essa idade, as mulheres que tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos cinco anos anteriores podem interromper a realização do exame. Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os resultados forem negativos, elas podem ser dispensadas de exames adicionais¹.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam que o enfoque para prevenção e controle do CCU deve ser de amplo

alcance e multidisciplinar. Para isto, é necessário implementar diferentes estratégias de educação da comunidade, mobilização social, vacinação, detecção precoce, tratamento, cuidados paliativos e articulação com vários programas nacionais de saúde, entre eles, o programa de vacinação contra o HPV⁴.

Uma das principais estratégias para a sensibilização e mobilização da população feminina é a educação em saúde, que está ao alcance dos profissionais de saúde atuantes nos diversos cenários, especialmente no campo da Saúde Pública. Por meio da educação em saúde, tem-se oportunidade de capacitar a cliente a usar seu potencial e suas habilidades para o autocuidado⁷. Essa estratégia influencia positivamente para o aumento do conhecimento sobre os fatores de risco e o diagnóstico precoce, mas precisa ser construída considerando o contexto sociocultural das mulheres, suas crenças, mitos e percepções sobre o assunto⁸⁻¹⁰. Para tanto, é necessário fazer um levantamento prévio sobre essas questões, para que, a partir delas, haja o direcionamento das práticas educativas.

No contexto da promoção e manutenção da saúde, o enfermeiro, no desempenho de suas funções, precisa ter a competência de atuar como educador em saúde junto à equipe, cliente e familiares por estar em contato contínuo com a comunidade e ser usualmente a fonte mais acessível de informação. No desempenho desta habilidade é necessário que esteja preparado para prestar serviços educativos que atendam as necessidades de indivíduos e grupos, em diferentes circunstâncias. A educação em saúde deve auxiliar a população a um pensamento crítico e reflexivo permitindo ao usuário reconhecer e modificar comportamentos de risco, adotar ou manter práticas saudáveis e fazer uso apropriado dos serviços de saúde disponíveis. A aprendizagem advinda desta educação, proporciona oportunidade à mudança de comportamento como resultado da exposição a um estímulo ambiental. Assim, o conhecimento e as atitudes são conscientes ou inconscientemente adquiridos e podem alterar o comportamento de alguma maneira⁷.

Em estudos realizados na Bélgica, Estados Unidos, Estônia e Turquia, observou-se resultados semelhantes aos encontrados no Brasil¹¹⁻¹², em que o conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco e o diagnóstico precoce do CCU ainda é baixo e recomendam estratégias de educação em saúde para aumentar esse conhecimento^{8,10,13-15}. Tem-se associado, ao conhecimento inadequado, a não adesão ao exame de prevenção e os fatores que interferiram para sua não realização, tais como: a vergonha¹⁶, crenças¹⁶, medo do diagnóstico¹⁷ e dor¹⁴. Esses sentimentos que interferiram para a não adesão ao exame de prevenção podem estar relacionados a falta da informação. Porém, esta por si só não garante

uma prática adequada. A informação quando é realizada de forma impositiva, autoritária, verticalizada, impessoal e descuidada pode não ser compreendida pelo usuário.

Outros fatores como: mulheres com idade mais avançada, que trabalham, que estão com consulta ginecológica desatualizada, baixa escolaridade e não ter companheiro são as principais causas para a falta de adesão ao exame de prevenção do CCU. A queixa ginecológica é o motivo principal para a procura do exame, mostrando que existe o desconhecimento da importância do rastreamento para a prevenção. Os esforços para melhorar o rastreamento devem estar focados no conhecimento das mulheres e na diminuição dos fatores que contribuem para a adesão¹⁸.

A identificação do entendimento do que as mulheres sabem, pensam e como agem frente ao exame de prevenção por meio do inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) permite estabelecer relações existentes entre a temática a ser abordada e o direcionamento de estratégias educativas que visem promover o conhecimento adequado e a adesão das mulheres ao exame¹⁹. Pesquisas realizadas em Fortaleza¹¹ e Juiz de Fora²⁰ utilizaram esse inquérito com o objetivo de identificar e avaliar o CAP de mulheres sobre o CCU. Seus resultados sugeriram a necessidade do direcionamento de ações integradas de educação em saúde, visando promover o maior acesso, adesão e retorno das mulheres ao exame¹¹.

A recomendação de conhecer a realidade da comunidade para o direcionamento de ações educativas eficazes e eficientes, indicou a necessidade de realizar um estudo epidemiológico nesta temática para identificar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres sobre o exame de prevenção do CCU, compreender as dificuldades existentes relacionadas ao acesso e realização do exame, colaborando para o planejamento e implementação de ações que reduzam as barreiras (emocionais, culturais, de acesso), facilitando, assim, o acesso das mulheres à realização do exame na rede pública de serviços de saúde²¹. O conhecimento sobre o exame e sua importância na prevenção do CCU são fatores que contribuem para o aumento na adesão²². Diante disso, a pergunta da pesquisa foi: Qual o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino?

De acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a presente dissertação foi estruturada no seguinte formato:

Primeiro, o capítulo de Introdução, traz alguns aspectos relevantes sobre o câncer de colo uterino e a justificativa do estudo.

Segundo, o capítulo de Objetivos, traz o objetivo geral e os específicos da dissertação.

Terceiro, o Capítulo de Revisão de Literatura, que apresenta um levantamento bibliográfico sobre a História do CCU, o CCU no Brasil, Campanhas e Políticas Públicas de atenção à saúde da mulher na promoção, prevenção e controle do CCU, Promoção da saúde no contexto da prevenção do CCU: atribuições do enfermeiro e Educação em Saúde: Inquérito sobre conhecimento, atitude e prática do exame preventivo do CCU.

Quarto, o Capítulo de Método, detalha a metodologia utilizada nos artigos de Revisão Integrativa e no Artigo Original.

Quinto, o Capítulo dos Resultados, que apresenta dois artigos. O da Revisão Integrativa, intitulado “Estratégias Educativas Utilizadas na Prevenção do Câncer de Colo Uterino: Revisão Integrativa”, que objetivou avaliar quais as estratégias educativas utilizadas na prevenção do CCU. O artigo original, “Câncer de Colo Uterino: Conhecimento, Atitude e Prática de Mulheres Sobre o Exame de Prevenção”, que objetivou avaliar o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame de prevenção do CCU.

Sexto, o capítulo de Conclusões, traz o fechamento dos principais resultados extraídos da dissertação.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino.

2.2 Específicos

- Identificar o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino;
- Investigar a associação das características sociodemográficas e o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino;
- Identificar os motivos declarados pelas mulheres para a não realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 História do câncer do colo uterino

Por muito tempo, o CCU teve, nas cirurgias radicais de histerectomia total e em métodos paliativos, sua principal forma de prevenção e tratamento. As mulheres eram suscetíveis à doença e evitavam assumi-la, por pressão social ou pudor, recorrendo aos serviços médicos quando não mais suportavam a dor, o incômodo e o sofrimento, quando na maioria das vezes, a doença não era mais passível de controle²³.

Em 1924, Hans Hinselmann, ginecologista alemão, desenvolveu o colposcópio, aparelho utilizado para observação do colo do útero, que facilitava a detecção de alterações celulares e outras patologias ginecológicas. Já em 1933, Walter Schiller, ginecologista austríaco, utilizou o iodo diluído para observar as alterações na cérvix uterinas e constatou que as regiões afetadas não absorviam a coloração. O emprego desses dois métodos combinados permite a detecção de lesões precursoras e de pequenas alterações malignas passíveis de cauterização. Desde então, essas técnicas passaram a ser utilizadas na Alemanha, Áustria, Suíça e na América Latina²⁴.

Os estudos voltados para o CCU se ampliaram nas duas últimas décadas do século XIX, porém, por muito tempo, a doença seguiu sem uma arma eficaz para preveni-la ou tratá-la. Até os anos 1940, com o desenvolvimento da ginecologia, a cirurgia foi substituída gradualmente pela radioterapia. Como não existia um método de prevenção do CCU, o diagnóstico precoce da doença era restrito às poucas mulheres que tinham acesso a consultórios médicos e que realizavam exames ginecológicos frequentes²³.

Em 1941, o médico George Papanicolaou, em parceria com o patologista Herbert Traut, divulgou seu primeiro estudo sobre a utilização do exame citológico do colo do útero na detecção de lesões precursoras do CCU. Esses especialistas recomendavam que, quando eram observadas lesões no teste, ele deveria ser complementado por exames mais específicos, como a colposcopia e a biópsia²⁵. O trabalho desses dois pesquisadores foi rapidamente disseminado como a principal técnica de prevenção da doença, por ser de baixo custo e não invasivo. A partir daí, na maior parte do Ocidente, a tríade citologia, colposcopia e biópsia (nessa ordem) marcou o modelo de prevenção do CCU, quando surgiram as primeiras campanhas de rastreamento da doença e, mais tarde, os programas nacionais em diversos países da Europa²⁴.

Desde então, com o surgimento da colposcopia e da citologia esfoliativa (teste de Papanicolaou) como técnica de detecção precoce e prevenção do CCU, a história da doença foi modificada com a extensão das ações preventivas a uma maior quantidade de mulheres²³.

Na América Latina, o Brasil e a Argentina optaram por seguir um caminho diferente dos outros países ocidentais, pois utilizaram a colposcopia para detectar anomalias na cervix uterina até a década de 1960. A colposcopia foi uma forma adequada de prevenção enquanto a doença esteve voltada para a medicina privada e as ações filantrópicas de pouco alcance. Quando a doença passou a se configurar como um problema de saúde pública, evidenciando a fragilidade do sistema de saúde, as ações que utilizavam a citologia esfoliativa, que tinham um maior alcance populacional, passaram a ser a base do controle da doença²⁶.

Nos anos de 1960, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) passou a ver a doença como um problema de saúde pública, mas passível de controle, desde que fossem criadas campanhas de rastreamento. No Brasil, a difusão das técnicas de prevenção ocorreu lentamente e de forma desigual, de acordo com o desenvolvimento da saúde pública. As ações de maior abrangência ocorreram apenas a partir da década de 1970, com o surgimento de campanhas de rastreamento e, posteriormente, de um programa nacional de controle da doença²³.

3.2 O câncer de colo uterino no Brasil

Durante muito tempo, o CCU foi uma doença pouco conhecida pelos médicos brasileiros. Entre o século XIX e início do século XX, os poucos estudos sobre o assunto retratavam as possibilidades de diagnósticos, as técnicas cirúrgicas e as terapias para cauterização de tumores. Com o advento da radioterapia e das técnicas de histerectomia radical, o problema passou a ter mais atenção da medicina²³.

Porém, mesmo com as possibilidades terapêuticas, a porcentagem de cura era muito baixa e restrita aos tumores muito pequenos, enquanto os mais invasores eram incuráveis. Nesse período, um pequeno número de instituições filantrópicas disponibilizava atendimento médico à população. Os serviços públicos eram voltados a ações contra epidemias e ainda não abordavam as doenças crônico-degenerativas. Assim, as mulheres tinham pouco ou nenhum acesso aos médicos, sendo acometidas pela doença, sem terem um diagnóstico, nem saberem como se tratar²⁷.

No início do século XX, as discussões sobre o CCU se ampliaram e o diagnóstico precoce passou a ser tido como a melhor forma de controle da doença, pois os casos iniciais

poderiam ser tratados com radioterapia ou cirurgia²⁸. A recomendação da busca pelos serviços médicos quando do aparecimento dos sintomas iniciais da doença (sangramento anormal, dores) era tida como suficiente para impedir seu desenvolvimento, pois não havia a percepção de que mesmo essas mulheres já poderiam estar acometidas da doença em estado avançado, sem possibilidade de cura²⁴.

No final da década de 1930, foram desenvolvidos, em instituições universitárias, os primeiros estudos brasileiros voltados para a prevenção do CCU, tendo por base o processo de renovação da ginecologia que ocorria na época. Em 1936, o renomado ginecologista Arnaldo de Moraes (que havia trabalhado com Hans Hilselmann na Alemanha) fundou a Sociedade Brasileira de Ginecologia²¹. Ele foi o primeiro a utilizar a colposcopia no país, mas o método ainda era pouco reconhecido internacionalmente²⁹.

Em 1938, o médico Nabuco de Gouveia, apresentou uma comunicação à Sociedade Brasileira de Ginecologia, baseada na experiência adquirida nos centros americanos e europeus, em que afirmava a impossibilidade de cura da doença já instalada e orientava os médicos a conscientizarem as mulheres sobre o seu papel no controle da doença e na busca por atendimento médico quando percebessem os primeiros sintomas, destacando a importância do tratamento no início das manifestações²³.

A atribuição da enfermagem na prevenção do CCU e a importância da educação em saúde foram destacados num artigo publicado em 1941, pelo ginecologista João Paulo Rieper, no qual afirmava ser necessária uma campanha de educação para a população e para os médicos, devendo ser empregados a colposcopia e o teste de Schiller, disponibilizados locais acessíveis e gratuitos para a realização do exame e, por último, a visita domiciliar por parte das enfermeiras para garantir um controle das mulheres doentes³⁰.

Em 1956, foram fundadas a Sociedade Brasileira de Citologia e a Sociedade Brasileira de Colposcopia, entidades importantes na institucionalização das estratégias de prevenção do CCU no país. O binômio colposcopia-citologia passou a ser consenso entre os ginecologistas na detecção de lesões cervicais malignas. O teste de Papanicolaou era tido como segunda opção, utilizado apenas quando se observavam alterações no exame colposcópico²⁶.

Iniciava, então, uma mudança de paradigma, pois, além da cirurgia e radioterapia, a detecção precoce passou a ser valorizada, ocorrendo as primeiras recomendações de que todas as mulheres com idade entre 30 e 50 anos (fase de maior incidência do CCU) deveriam se submeter, anualmente, a um exame ginecológico²⁹.

Em 1975, foi criada, em São Paulo, a Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia (FCPO), que abrangia postos de saúde, consultórios privados e unidades móveis de coleta do

exame, como ônibus e vagões de trens. A leitura das lâminas e os tratamentos e cirurgias eram realizados no Instituto Brasileiro de Controle de Câncer, hospital privado que recebia recurso financeiro do governo do estado²³.

Apesar de, no Brasil, as ações de controle do CCU terem passado por um longo processo de desenvolvimento, a doença ainda persiste nos índices epidemiológicos, mostrando as fragilidades do sistema de saúde. Esse ainda é um grave problema de saúde pública, acometendo, em sua maioria, mulheres mais pobres e com acesso restrito aos serviços de saúde²³.

3.3 Campanhas e Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher na Promoção, Prevenção e Controle do Câncer de Colo Uterino

Em 1942, foi criado o Serviço Nacional do Câncer (SNC), que iniciou a política brasileira para o controle do câncer. Esse órgão era formado pelo Instituto do Câncer (hoje INCA) e a Campanha Nacional Contra o Câncer, que, com ajuda financeira do governo federal, atendiam aos doentes no âmbito regional ou realizavam campanhas educativas. Essas ações compuseram o perfil da política de controle do câncer no Brasil entre 1940 e 1960³¹.

Na década de 1950, as atividades de detecção do CCU eram realizadas em consultórios ginecológicos de universidades, em instituições públicas, em consultórios privados ou conveniados com os serviços de saúde, em hospitais e ambulatórios públicos e filantrópicos que recebiam verbas do Serviço Nacional do Câncer. O atendimento era voltado para pacientes que procuravam atendimento médico por diversos motivos, tendo curto alcance na população²³.

A colposcopia foi perdendo forças frente ao exame Papanicolaou, visto como um exame rápido e de menor custo. Não necessitava de médicos especialistas, nem de aparelhos de alto custo, permitindo que um maior número de mulheres fosse atendido, facilitando a criação de postos de coleta e a realização de campanhas pontuais de prevenção²³.

Em 1956, Sarah Kubitschek criou a Fundação das Pioneiras Sociais, que prestava assistência social a mulheres e crianças carentes. A Fundação se transformou numa instituição de grande porte, atendendo a um grande número de estados com ações educacionais e de medicina preventiva²³.

Nesse mesmo ano, o presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro, para atender a mulheres com câncer de mama e do aparelho genital feminino¹. Nesse

Centro, foram instalados ambulatórios de prevenção ao CCU e unidades móveis de saúde no Rio de Janeiro²³.

As campanhas contra o CCU passaram a espalhar-se por outros estados brasileiros e, na Bahia, o Hospital Aristides Maltez, pertencente à Liga Baiana de Combate ao Câncer, ampliou sua atuação nos interiores e municípios do Recôncavo Baiano e utilizou o exame de Papanicolaou como primeira escolha, sendo a colposcopia empregada nos casos de dúvida no diagnóstico²³.

A partir de 1960, as campanhas de detecção do CCU começam a surgir, incentivando o uso da citologia em ampla escala. O foco não era mais as mulheres que procuravam atendimento por outros motivos e sim trazer as mulheres saudáveis para fazer o exame ou levá-lo até elas²³. Em 1968, a Fundação das Pioneiras Sociais criou sua escola de formação de citotécnicos, dedicando-se à formação de técnicos para viabilizar suas iniciativas. Cada vez mais o CCU passa a ser visto como problema de saúde pública e as atividades de ampliação das ações de controle da doença e expansão para o interior do país passavam a ser formuladas²³.

Durante a década de 1970, a citologia esfoliativa na detecção do CCU já era consensual entre a comunidade médica, inclusive internacionalmente, e o bom andamento dos programas nos estados ajudava a disseminar o exame. Um projeto foi elaborado pelo INCA para tornar o exame obrigatório nas mulheres acima dos 23 anos de idade, inclusive para admissão em emprego público ou privado, obtenção de documentos, de empréstimos, etc., mas foi considerado inviável²³.

Nessa década, ocorreram transformações na saúde internacional, com maior ênfase na prevenção e na atenção primária, principalmente nos países menos desenvolvidos, com ampliação da cobertura das ações básicas de saúde nas populações desassistidas. O CCU passa a ser objeto de intervenção de saúde pública em campanhas de rastreamento, integrando agenda dos governos federais e locais²³.

Em 1972, foi criado pelo MS o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), que tinha por propósito planejar a ampliação das ações de prevenção do CCU. Foi realizado um mapeamento das instalações e dos equipamentos necessários para o tratamento do câncer e elaborado um plano para preparar as unidades públicas e privadas. Assim, a doença entrava na agenda das políticas do MS e, em 1975, com a criação do Programa de Controle do Câncer (PCC) adentrou no Ministério da Previdência Social, com a universalização dos procedimentos de controle do câncer, propondo oferecer a qualquer mulher o tratamento gratuito da doença²³.

A crise econômica ocorrida no país no final da década de 1970, e as constantes mudanças ocorridas nas políticas de saúde, fizeram com que o CCU perdesse seu lugar na agenda de saúde nacional. Com isso, os recursos financeiros voltados para as campanhas e programas se esgotaram de forma que, nos anos de 1980, o controle do CCU ainda apresentava resultados pouco promissores²³.

O CCU passou a ser visto como um grave problema de saúde pública em decorrência das desigualdades da organização social da época e passou a ser associado ao início precoce da vida sexual, à quantidade de parceiros sexuais, à gravidez na adolescência, à falta de higiene e maus hábitos alimentares. Foi caracterizado como doença de transmissão sexual devido a sua relação com o vírus HPV, sendo essa associação importante na elaboração de uma política nacional de controle da doença²³.

Em 1980, o Ministério da Saúde, com apoio da OPAS, lançou o primeiro Manual de normas e procedimentos para o controle do câncer cérvico-uterino, que recomendava a realização do exame anualmente, focando as mulheres de alto risco: idade de 20 a 49 anos, com início precoce da vida sexual e da gestação, múltíparas e com baixo nível socioeconômico²⁹.

As ações estatais de prevenção do CCU ganharam força das mulheres, que passaram a lutar por melhores condições de saúde, o que culminou com a criação, em 1984, do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo MS, intensificando ações educativas e ampliando a oferta do exame preventivo do CCU²³. O PAISM delegou aos serviços básicos de saúde oferecer ações de prevenção do CCU. Apesar de sua baixa cobertura populacional, sua principal contribuição foi introduzir e estimular como procedimento rotineiro na consulta ginecológica, a coleta de material para o exame citopatológico¹.

Com a Constituição de 1988 e a criação do SUS, foram destacadas as ações preventivas e a criação de um programa nacional de rastreamento do CCU. O MS elaborou a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, recomendando que o exame fosse realizado a cada três anos após dois resultados negativos com intervalo de um ano²⁹. Um passo importante para o monitoramento e avaliação das ações no país foi a criação de uma ferramenta para informatizar os resultados dos exames citopatológicos, o SISCOLO, no final dos anos 1990²⁹.

Apesar do avanço no conhecimento científico da época, dos investimentos do governo e das normas vigentes, o Brasil passou muitos anos com altas taxas de mortalidade por CCU, necessitando de ações estruturadas, abrangentes e contínuas para superar esse índice²⁹. Em 1995, ocorreu a VI Conferência Internacional da Mulher, que reuniu mulheres de diversas

partes do mundo para debater questões voltadas para aquelas com condições de vida mais desfavoráveis, principalmente para a diminuição das altas taxas de mortalidade por CCU na época²³.

Em consequência da Reforma sanitária, o INCA passou a ser referência em oncologia para o SUS. A ele foi incorporado o Programa Nacional de Oncologia (PRO-ONCO) passando a atuar na prevenção dos diversos tipos de câncer e também nas áreas de informação e educação, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de todo o país²³.

Como atribuições do PRO-ONCO estava a identificação das ações necessárias para o controle da doença com base na integração entre os programas existentes, integração com a comunidade, aumento do atendimento às mulheres; ampliação dos postos de coleta e dos laboratórios de citopatologia. O programa também recomendava a articulação da rede primária com a secundária e terciária para o tratamento¹.

Em 1997, o INCA iniciou em Belém, Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro e Sergipe, o programa Viva Mulher, voltado para o rastreamento do CCU em mulheres de 35 a 49 anos de idade, sendo um projeto-piloto para a criação de um programa nacional de controle da doença, com o objetivo de ampliar o acesso ao exame preventivo, dando prioridade às mulheres sob maiores riscos, garantindo o acolhimento e tratamento da doença e suas lesões precursoras em 100% dos casos²³. Como forma de uniformizar a prevenção da doença em todo o país, foram criados protocolos para a coleta do exame, para as estratégias de seguimento e conduta de acordo com cada tipo de alteração citológica. Como tratamento das lesões pré-invasoras do câncer, foi introduzida a cirurgia de alta frequência¹.

Em 1998, o MS passou a executar o projeto Viva Mulher e lançou um programa de abordagem nacional, porém vários problemas impediram que seu objetivo fosse alcançado, como a falta de preparo do sistema de saúde para atender a um grande número de mulheres, sistema de informação ineficiente, falta de instituições e profissionais suficientes para a leitura das lâminas e as dificuldades de acompanhamento das mulheres com exame positivo para o CCU. O programa pretendia cobrir 70% das mulheres de 35 a 49 anos que nunca tivessem feito o exame, com entrega dos resultados em um mês e acompanhamento do tratamento até a alta de todas as mulheres com exame positivo²³.

Com base na experiência do INCA, o MS instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (PNCCCU), para a detecção precoce do CCU, atingindo todos os Estados e 98% dos municípios, de modo uniforme, seguindo as recomendações técnicas do MS. Nos últimos anos, o objetivo desse programa tem sido aumentar a cobertura do exame Papanicolaou, diminuir a incidência e mortalidade por CCU²⁹.

O INCA voltou a executar o Viva Mulher e em 2002, elaborou uma grande campanha para atingir as mulheres de 35 a 49 anos que ainda não tinham realizado o exame ou estavam sem fazê-lo por mais de três anos, sendo examinadas 3,8 milhões de mulheres. Assim, o instituto concluiu que, para o controle do CCU, deveriam ser ofertados exames preventivos de rotina. O programa passou então a aperfeiçoar a rede de atenção oncológica, através de assessoria técnica aos estados, modernizando o sistema de informação e revisando os indicadores para monitoramento das ações do programa²³.

Nos anos seguintes, o câncer foi reconhecido como problema de saúde pública e fortaleceu o INCA como órgão coordenador, normalizador e executor da política de controle do câncer no país. Em 2005, o MS publicou a Política Nacional de Atenção Oncológica para controle do CCU³⁰. A importância da detecção precoce da doença foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, através da inclusão de indicadores de metas para estados e municípios, visando a melhorar o desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional¹. Teve por objetivos e metas para o controle do CCU a cobertura de 80% para o exame preventivo do CCU e o incentivo para a realização da cirurgia de alta frequência³².

Também em 2006, foi lançada pelo MS a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que abrangia ações de saúde, individuais e coletivas, para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Foi destacado o trabalho democrático e participativo, sob forma de trabalho em equipe, devendo ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. A participação social foi destaque nessa política, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural³³.

Em 2010, foi lançado o Programa de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama²⁹. No ano seguinte, o MS estabeleceu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)³⁴ para ajustar as estratégias previstas na PNAB na direção de reconhecer a qualidade dos serviços da AB ofertados à sociedade e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país. Trata-se de um modelo de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, voltados para os principais focos estratégicos da AB, entre eles a Saúde da Mulher na prevenção do câncer do colo do útero, em que será avaliada a razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais. Dessa forma, aqueles municípios que atendam aos critérios receberão incentivos financeiros da União³⁴.

No ano de 2012, foi lançada a nova PNAB, que atualizou conceitos na política e ampliou o reconhecimento da necessidade de diferentes equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil³⁵. Houve a inclusão do atendimento para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliou o número de municípios com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou a criação de Unidades de Saúde da Família (USF) Fluviais e Equipes de Saúde da Família (ESF) para as Populações Ribeirinhas. Também trouxe iniciativas como o Programa Saúde na Escola, implantação da Academia da Saúde, da atenção domiciliar, com o Melhor em Casa e o Telessaúde, para integrar os sistemas de informação, com o intuito de ampliar a resolubilidade da Atenção Básica (AB)³⁵.

Em 2013, foi incluída a vacina contra o HPV no calendário de imunização do SUS e, em 2014, começou a ser distribuída para meninas. Essa estratégia visa a controlar o desenvolvimento do CCU no país, pois, se for amplamente utilizada, pode reduzir os problemas de cobertura e qualidade do exame preventivo. Porém o desafio é atingir as populações sob maiores riscos, como aquelas que vivem em localidades isoladas e em condições de vida precárias²³.

A infecção pelo HPV é a principal causa da doença e a ela estão relacionados alguns fatores de risco, como as relações sexuais desprotegidas, a quantidade de parceiros sexuais, a falta de higiene e o fumo. Esses fatores são mais comumente encontrados nas camadas menos favorecidas da sociedade, por isso é uma doença associada à pobreza e a baixos níveis de educação. Sendo assim, configura-se um grave problema de saúde pública nos países da América Latina, que possuem as maiores incidências mundiais³⁶.

A despeito do longo processo de desenvolvimento e implementação das políticas voltadas para o controle do CCU no país, existem ainda dificuldades relacionadas à qualidade dos exames realizados devido à falta de informação sobre os laboratórios privados que atendem ao SUS e a inexistência de legislação que garanta aos citotécnicos qualificados a leitura das lâminas, possibilitando o surgimento de falsos negativos²³. Também é destacado a baixa capacidade da rede de laboratórios em identificar lesões intraepiteliais de alto grau e a necessidade de programas de controle de qualidade do exame preventivo²⁹.

Somadas a isso estão as disparidades de acesso ao exame existentes entre o setor público e o privado, representado pelos planos de saúde, poucos normatizados, que cobrem aproximadamente 25% da população com melhores condições econômicas, existindo assim, de um lado, as mulheres assistidas pela saúde pública, regida pelas diretrizes internacionais, que preconizam a realização do exame a cada três anos, após dois consecutivos negativos com

intervalo de um ano e, de outro lado, as mulheres de classe média e alta, que costumam submeter-se ao exame anualmente, mesmo com vários resultados negativos²³.

A enfermagem possui importante papel na prevenção do CCU na atenção primária, principalmente na avaliação constante dos resultados obtidos, na integração com equipe multiprofissional e com a comunidade, pelo estabelecimento de vínculo e do conhecimento da realidade local²⁹.

3.4 Promoção da saúde no contexto da prevenção do câncer de colo uterino: atribuições do enfermeiro

Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, onde foi formulada a Declaração de Alma-Ata³⁷, que trouxe a saúde como direito humano fundamental, sendo a mais importante meta social mundial. As desigualdades política, social e econômica existentes entre os povos e entre os países foram consideradas inaceitáveis³⁷.

Nesse documento, a promoção e proteção da saúde dos povos foram consideradas como essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribuir para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial. Destacou que era dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. A principal meta acordada entre as organizações internacionais e de toda a comunidade mundial foi de que até o ano 2000 toda a população mundial atingisse um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituíam a chave para que essa meta fosse atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social³⁷.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá em 1986, originou a Carta de Ottawa³⁸, que retratou a promoção da saúde pela capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de sua vida e saúde e trouxe como pré-requisitos para isso a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Essas condições são influenciadas por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, que podem tanto favorecer como prejudicar a saúde³⁸.

Trouxe a ideia de que a promoção da saúde deve apoiar o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação e informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais, para, assim, aumentar as opções disponíveis para que as populações

possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. A educação em saúde foi dita como forma de capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. Remeteu a ideia da coresponsabilidade, em que todos devem trabalhar juntos pela promoção da saúde entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos³⁸.

Para realizar promoção da saúde é necessário observar os determinantes sociais da saúde que afetam cada população, que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. São as condições sociais em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, originando as iniquidades em saúde, diferenças nas condições de saúde das populações que são evitáveis, injustas e desnecessárias³⁹.

Embora as ações de promoção da saúde e prevenção ao CCU tenham avançado nos últimos anos, esse ainda é um grave problema de saúde no Brasil, principalmente por sua persistência em locais mais pobres do país, onde as desigualdades nas condições de vida são mais evidentes, traduzidas pelo acesso à educação, saúde, moradia, saneamento básico, refletindo ainda a falta de organização do sistema de saúde e suas limitações quanto às disparidades regionais²³.

Ainda que o programa Viva Mulher tenha ampliado o acesso das mulheres à realização do exame de prevenção do CCU, as taxas de mortalidade pela doença permanecem próximas às dos anos que antecederam o programa, sendo a cobertura do exame o principal fator, pois as regiões menos populosas e com menor organização dos serviços de saúde apresentam menor cobertura do exame e maiores índices da doença²³.

Somado às dificuldades de acesso ao sistema está o baixo índice de desenvolvimento em algumas localidades, pois as mulheres com baixa escolaridade, baixa renda familiar e as mais jovens são as que menos realizam o exame. Um dos fatores relacionados a essa falta de adesão ao exame é a falta de conhecimento sobre a doença, o exame e o medo do diagnóstico. Associados, estão outros fatores que dificultam a expansão do exame: o pudor, o despreparo dos profissionais, o estigma em relação à doença e o medo de o exame diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis²³.

A estratégia de maior alcance populacional para a detecção precoce do CCU é a realização do exame preventivo na fase inicial da doença, pois, dessa forma, a mulher tem mais possibilidade de tratamento e cura. Esse exame é oferecido pela AB, na estratégia saúde

da família (ESF). Para isso, é necessário que os profissionais sintam-se preparados para assistir essas mulheres de forma que lhes tragam resultados positivos na diminuição de óbitos por essa doença⁴⁰.

A educação em saúde é o método de sensibilização e mobilização da população feminina para a realização do exame preventivo. Pode ser desenvolvida na comunidade por profissionais de saúde que atuam na AB, dentre eles o enfermeiro, que pode lançar mão de estratégias educativas para realizar ações de prevenção do CCU.

Para muitas pessoas, a palavra câncer remete a sofrimento e morte. A falta de informação contribui para esse pensamento. Essa neoplasia ocasiona prejuízos econômicos e sociais ao país, pois reduz sua força de trabalho e aumenta o consumo de recursos financeiros para detectar, diagnosticar e tratar a doença. A educação em saúde é uma estratégia que pode desmistificar a visão da população e explicar suas possibilidades de prevenção, pois muitos casos são relacionados à presença de fatores de risco; além disso, as ações educativas orientam sobre como evitá-los e diminuir o aparecimento de casos novos, ocasionando uma economia nos gastos e diminuição no sofrimento da população⁴¹. Assim, percebe-se que é necessário o enfermeiro trabalhar a educação em saúde para quebrar tabus a respeito do exame, levantando a importância de sua realização com regularidade e abordando sua eficácia na prevenção e detecção precoce da doença⁴².

Muitas mulheres apresentam conhecimento inadequado sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do CCU e suas implicações físicas, psicológicas e sociais. Como estratégia para a educação em saúde, o enfermeiro pode incentivar a realização do exame, conversar com as mulheres para esclarecer mitos e medos relacionados ao exame, realizar busca ativa desta população e das mulheres faltosas, através da visita domiciliar. Assim o índice de mulheres que se previnem pode aumentar, diminuindo os índices de casos novos e, conseqüentemente, o número de óbitos por CCU. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na prevenção desta doença por estar mais perto da população, por isso é importante manter o vínculo com a comunidade para que se possa ter mais aceitação nas atividades desenvolvidas nas comunidades e escolas⁴³.

Para o rastreamento e busca ativa das mulheres que não procuram os serviços de saúde e fazer a abordagem das que procuram para outros fins, os enfermeiros podem contar com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são referidos como os principais responsáveis por incentivar a ida das mulheres à UBS. O apoio desses profissionais facilita a aproximação dos enfermeiros com a população e o gerenciamento de suas atividades⁴².

Para direcionar a busca ativa, é importante também que se realize o monitoramento das mulheres. Para isso, algumas enfermeiras utilizam o cartão da mulher, onde se anota quando foi realizado o último exame e se recebeu o resultado. Com esse registro, pode ser feita a busca ativa com solicitação para comparecer à unidade de saúde⁴².

Em estudo realizado com enfermeiras de UBS sobre as estratégias utilizadas por elas para facilitar a coleta do exame e, assim, aumentar sua cobertura, foram destacadas como foco principal da prevenção do CCU as informações referentes ao exame em consultas periódicas e as ações educativas na própria unidade. No entanto, essas ações aconteciam de forma esporádica, as coletas do exame aconteciam em dias e horários fixos, dificultando o acesso para mulheres que trabalhavam no período de funcionamento da unidade. O estudo sugere que para melhorar a cobertura do exame fosse aproveitado o momento em que a mulher procura a unidade de saúde, para sua própria consulta ou como acompanhante de outros usuários, caso tenha observado as recomendações necessárias para realizar o exame⁴⁴.

É na consulta de enfermagem que o enfermeiro fortalece o vínculo com a mulher. As consultas para a realização do exame podem ser agendadas através da busca ativa e também podem ser oferecidas por livre demanda, de acordo com as vagas disponíveis. No entanto, existem algumas dificuldades de acesso das mulheres aos serviços de saúde nos dias e horários de seu funcionamento, pois muitas delas estão inseridas no mercado de trabalho. Para driblar esse problema, enfermeiros realizam mutirões de coleta à noite e também nos finais de semana⁴².

Ao analisar suas ações de prevenção do CCU desenvolvidas na sua localidade, várias enfermeiras se mostraram insatisfeitas com os resultados obtidos e apontaram algumas dificuldades para implementar as ações de sua competência, pois, muitas vezes, desenvolvem atividades de outros profissionais, ficando sobrecarregadas e com tempo reduzido para as atividades educativas, comprometendo, assim, a assistência prestada à população. Alguns interromperam a realização de atividades educativas alegando tempo reduzido e múltiplas tarefas para o enfermeiro realizar. É necessário que o enfermeiro gerencie melhor suas atividades dentro do serviço, para reduzir sua carga de trabalho e assim possa exercer as atividades que são de sua competência e atuem de forma efetiva na prevenção e detecção do CCU⁴².

Pesquisa desenvolvida pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que objetivou analisar como se processa o ensino de educação em saúde em cursos de graduação em Enfermagem, tanto no setor público como no privado, cujos participantes do estudo foram docentes dos cursos de enfermagem, obteve como resultado que o ensino desenvolvido

permanece majoritariamente vinculado ao modelo biomédico preventivo, e que a educação crítica e as práticas educativas 'populares' são escassas, devido entre outros motivos, à deficitária formação política dos docentes⁴⁵. Assim, observa-se na prática do enfermeiro a predominância das habilidades técnicas em detrimento das atividades educativas, que por vezes é considerada menos relevante entre suas atribuições, como consequência dessa formação biomédica.

A formação de vínculo com a comunidade facilita ao enfermeiro levar mais esclarecimentos, conforto e confiança para as mulheres, de modo que elas possam ter consciência da importância do exame e que ele deve ser realizado mesmo na ausência de problemas ginecológicos e de solicitação médica. Para isso, é preciso trabalhar para diminuir as principais barreiras enfrentadas pelas mulheres, como as psicológicas (desconforto, vergonha ou medo do exame, não achar necessário) e de acesso (dificuldade de acesso, dificuldades de marcação de consulta ou, também, ausência de vagas)⁴³.

As intervenções educativas utilizadas na prevenção de CCU devem ser construídas considerando os contextos social e cultural das mulheres. Promover o conhecimento adequado considerando essas características contribui para a adesão da mulher ao exame de prevenção⁹⁻¹⁰, assim como o conhecimento inadequado ocasiona a não adesão⁸.

Dentro desta perspectiva, o processo educativo pode exercer influência positiva para aumentar o conhecimento sobre os fatores de risco e as complicações do CCU, além de auxiliar no empoderamento dessas mulheres. Assim, considera-se a educação em saúde uma demonstração ativa do processo de cuidar do enfermeiro. Tal estratégia educativa deve promover o diálogo, a escuta e oportunizar o pensamento crítico e a autonomia⁴⁶.

Assim, faz-se necessário que seja utilizada uma educação problematizadora. Ela possui pressupostos que enfatizam uma relação horizontal entre educador/educando, cujo processo de ensino-aprendizagem parte exatamente do conhecimento do educando e destaca a liberdade, o compromisso e a construção de uma cultura dos direitos humanos⁴⁶.

A educação problematizadora é fundada sobre a criatividade, assumindo que ninguém sabe tudo, assim como ninguém ignora tudo. A educação possui uma dimensão política que pretende, ao prover o indivíduo de condições intelectuais autônomas, despertar nele a perspectiva de reconhecer-se como sujeito ativo do todo, que é a sociedade civil⁴⁷.

Assim, o enfermeiro formado com essa educação tem condição de desenvolver ações a partir dos problemas que surgirem. Portanto, para prevenir o CCU, é preciso buscar alternativas para resolução das dificuldades que envolvem esta estratégia. É necessário que

esse profissional apresente uma postura de constante reflexão, para que possa desenvolver uma assistência holística, de acordo com a necessidade individual de cada pessoa⁴⁰.

É importante que o enfermeiro saiba da sua atribuição na prevenção do CCU na atenção básica, como o conhecimento da realidade local para o planejamento de ações preventivas e educativas a ser desenvolvidas dentro da comunidade, através de grupos educativos ou até mesmo nos atendimentos individuais, tendo consciência da sua importância como educador em saúde⁴².

Para o enfermeiro planejar sua assistência de maneira diferenciada, é preciso aprimorar constantemente seus conhecimentos para melhorar o atendimento à população, pois a falta de qualificação adequada pode gerar dificuldade no alcance da assistência de qualidade⁴⁰.

A educação em saúde é um processo dinâmico e permanente, que se estende ao longo da carreira do enfermeiro. Para isso, a formação desse profissional deve ser pautada em estratégias teórico-práticas que possibilitem a integração do ensino e serviço, a partir do contexto em que o profissional está inserido, desenvolvendo sua capacidade crítico-reflexiva. Assim, considerando a realidade de cada indivíduo e o cenário de atuação do enfermeiro, será possível prestar uma assistência humanizada, de qualidade⁴⁰.

3.5 Educação em Saúde: Inquérito sobre conhecimento, atitude e prática do exame de prevenção do câncer de colo uterino

A Educação em Saúde está retratada na nova PNAB como atribuição dos membros da equipe de saúde, trazendo como características do processo de trabalho das equipes de atenção básica: programar e implementar as atividades de atenção à saúde segundo as necessidades da população; prover atenção integral, contínua e organizada; realizar atendimento na UBS, no domicílio e em outros locais, como salões comunitários, escolas, creches, praças etc.; desenvolver ações educativas que auxiliem no desenvolvimento da autonomia, individual e coletiva; estimular a participação coletiva dos sujeitos nos processos de gestão, constituindo vínculos solidários³⁵.

Assim, no âmbito coletivo, é preciso que o enfermeiro e sua equipe realizem um levantamento sobre as necessidades da comunidade, para depois programar e implementar suas ações, podendo desfrutar de espaços públicos para garantir um maior alcance de pessoas, de forma que a construção do conhecimento se dê de forma coletiva. No âmbito individual, a realização da visita domiciliar com busca ativa àquelas mulheres faltosas, com o exame em

atraso ou que nunca o realizaram torna-se necessário para prover a integralidade da atenção à saúde, garantindo a equidade no acesso aos programas de saúde.

Como ferramenta de apoio para fazer o levantamento da realidade do CCU frente à comunidade, os profissionais da saúde e, em especial, o enfermeiro, podem fazer um diagnóstico do conhecimento, atitude e prática (CAP) das mulheres sobre o exame preventivo do CCU. Os estudos de CAP permitem medir o que a população sabe, pensa e como age diante de determinado problema, para que esses dados sirvam de base para a formulação de possíveis intervenções. Seu principal objetivo é identificar caminhos para melhorar as políticas de prevenção e combate a determinadas doenças e assim reorientar intervenções com consequente implementação das estratégias de prevenção⁴⁸.

Um inquérito CAP é um estudo representativo de uma população específica, utilizado para coletar informações sobre o que se conhece, em que se acredita e o que é feito em relação a um determinado assunto que se deseja estudar, neste caso, o câncer de colo uterino. Na maioria dos inquéritos CAP os dados são coletados por um entrevistador, através das falas dos participantes, aplicando um questionário estruturado e padronizado. Os dados oriundos desse instrumento podem ser analisados quantitativamente ou qualitativamente, dependendo dos objetivos e do desenho do estudo. Um inquérito CAP pode ser projetado para coletar informações específicas sobre tópicos relacionados a alguma doença, mas também pode abordar as práticas de saúde em geral e as crenças da população⁴⁹.

O instrumento CAP foi empregado por enfermeiros para avaliar o conhecimento, atitude e prática das mulheres idosas sobre o exame de Papanicolaou. Os resultados evidenciaram que 78% das idosas tinham CAP adequado e, dentre as que não realizavam o exame, os motivos alegados foram: vergonha (60%), falta de tempo (26,5%) e, por serem virgens, (13,5%). O estudo concluiu que a maioria das mulheres aderiu ao exame por causa das estratégias de promoção da saúde utilizadas pelos profissionais⁵⁰.

Os dados extraídos do inquérito CAP podem ser adotados para planejar, implementar e avaliar o trabalho desenvolvido frente ao exame de prevenção do CCU, pois reúne informações sobre o que os entrevistados sabem sobre o exame, o que pensam sobre ele e o que realmente fazem na busca de cuidados de prevenção ao câncer. Assim, são identificadas lacunas no conhecimento, crenças culturais ou determinados padrões de comportamento que facilitam a compreensão e a ação das pessoas, como também aqueles que causam problemas ou criam barreiras para a prevenção do CCU⁴⁹.

Estudo para identificar o CAP na prevenção do câncer de colo uterino e infecção pelo HPV em adolescentes e avaliar as situações que as tornavam vulneráveis, verificou que

grande parte das adolescentes não apresentou conhecimento adequado sobre a prevenção da doença e a adesão ao exame de prevenção do CCU também foi baixa. A pesquisa sugeriu a inserção da adolescente nos programas de detecção do câncer e recomendou mais investimentos na educação sexual nas escolas e realização de campanhas com atividades educativas. Através da análise do CAP, foi possível identificar as lacunas do conhecimento e, assim, direcionar práticas educativas⁵¹.

Assim, com esse instrumento, o enfermeiro pode identificar as informações que são conhecidas entre as mulheres e as atitudes que são normalmente postas em prática. Podem ser descobertos os fatores que influenciam o comportamento, e fatores não conhecidos para a maioria das pessoas, as razões para suas atitudes e como e por que praticam certos comportamentos em saúde. Também podem avaliar os processos de comunicação e as estratégias implementadas, que são fundamentais para definir as atividades que são mais eficazes e os tipos de mensagens que devem ser utilizadas na prevenção e controle do CCU. Ainda, pode ser aplicado o inquérito CAP para comparar resultados antes e após intervenções educativas⁴⁹.

Como exemplo, um estudo foi realizado para investigar o CAP de mulheres em relação ao preservativo feminino antes e após uma intervenção educativa e identificar o número de mulheres que aderiu ao uso do método, utilizando para isso o inquérito CAP pré e pós-teste. A análise do inquérito possibilitou concluir que houve melhora nos marcadores do CAP e que as mulheres estão dispostas a utilizar o preservativo, desde que haja uma intervenção educativa eficaz⁵².

A pesquisa de CAP pode ser aplicada para identificar as necessidades, problemas e obstáculos na execução de programas e também soluções para melhorar a qualidade e acessibilidade aos serviços de saúde. Os dados extraídos permitem aos executores definir as prioridades dos programas de saúde, estimar os recursos necessários para a realização das atividades, para selecionar as estratégias de comunicação e mensagens mais eficazes a serem utilizadas nas intervenções educativas⁴⁹.

4 MÉTODO

Neste capítulo, será descrito o método utilizado para a construção do artigo de revisão integrativa e do artigo original.

4.1 Artigo de Revisão Integrativa - Estratégias educativas utilizadas na prevenção do câncer de colo uterino: Revisão Integrativa

A revisão integrativa (RI) da literatura é um tipo de pesquisa que possibilita realizar uma síntese sistemática e ordenada do conhecimento produzido nos últimos anos sobre determinada temática, momento em que o autor pode verificar se este é aplicável a uma prática específica⁵³.

Para a elaboração da revisão integrativa da literatura, foram percorridas seis etapas: 1) identificação do tema ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e 6) apresentação da revisão⁵³.

4.1.1 Etapa 1: Identificação do tema ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

A questão de pesquisa foi: Quais as estratégias educativas utilizadas na prevenção do CCU?

4.1.2 Etapa 2: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos

Para a busca nas bases de dados, foram definidos os seguintes critérios:

Critérios de inclusão: artigos científicos completos publicados nos últimos cinco anos (2009-2014); nos idiomas português, inglês e espanhol; que retratassem intervenções educativas utilizadas na prevenção do CCU.

Como critérios de exclusão: capítulos de livros, dissertações, teses, relatos de experiência, reportagens, editoriais e notícias; artigos de revisão (narrativa/integrativa/sistemática).

4.1.3 Etapa 3: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados

A busca dos artigos ocorreu nos meses de maio a outubro de 2014, nas seguintes bases de dados: PUBMED (National Library of Medicine), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDEFN (Base de Dados de Enfermagem) e CENTRAL (Registro Cochrane de Ensaio Clínico Controlado). A busca pelos artigos nas bases de dados obedeceu a seguinte ordem: PUBMED, MEDLINE, LILACS, BDEFN e CENTRAL.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) adotados nos cruzamentos nos idiomas inglês e português foram: *Women's health* (saúde da mulher), *Health education* (educação em saúde), *Uterine cervical neoplasms* (neoplasias do colo do útero) e *Papanicolaou test* (teste de Papanicolaou). Inicialmente, realizou-se o cruzamento com três primeiros descritores em todas as bases de dados e, posteriormente, foi alternado *uterine cervical neoplasms* com *papanicolaou test*. Foi utilizado o operador booleano "AND" nos cruzamentos (Tabela 1).

Tabela 1 - Publicações encontradas do ano de 2009 até 2014 a partir do cruzamento entre os descritores, em cada base de dados. Recife-PE, 2014.

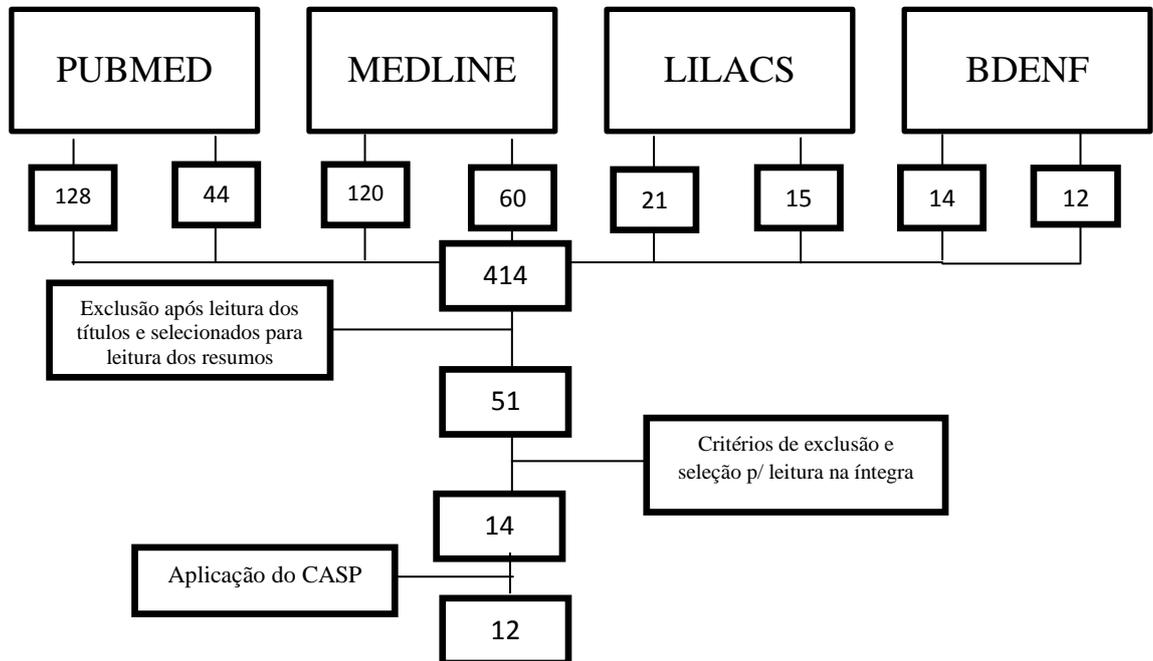
CRUZAMENTOS	RESULTADOS					TOTAL
	PUBMED	MEDLINE	LILACS	BDEFN	CENTRAL	
Women's health AND Uterine cervical neoplasms AND Health education	128	104	14	11	-	257
Saúde da mulher AND Neoplasias do colo do útero and Educação em Saúde	-	16	7	3	-	26
Womens health AND Papanicolaou test AND Health education	44	49	10	5	-	108
Saúde da mulher AND Teste de papanicolaou AND Educação em saúde	-	11	5	7	-	23
TOTAL	172	180	36	26	0	414

De acordo com a Tabela 1, foram encontradas 414 publicações resultantes dos cruzamentos nas bases de dados, sendo 172 na PUBMED, 180 na MEDLINE, 36 na LILACS e 26 na BDENF.

Para selecionar os artigos para a RI, foram percorridas as seguintes etapas (Figura 1):

1. Primeiramente, foram lidos os títulos das publicações e selecionadas 51 que responderam à temática para leitura dos resumos. Os artigos repetidos em outras bases foram contabilizados apenas uma vez.
2. Dos 51 artigos, 14 foram lidos na íntegra, pois condiziam com a questão de pesquisa. Os demais foram excluídos por não ter relação com a temática, não responder à questão de pesquisa e não estar disponível na íntegra. Quando não disponíveis, foram solicitados junto à Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco e, se indisponíveis, foram então excluídos da amostra.
3. Aplicou-se nos 14 artigos o instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP)⁵⁴ para avaliação da qualidade metodológica e selecionados os classificados como nível A e excluídos os de nível B, totalizando 12 artigos na amostra final da RI, sendo 9 na PUBMED, 2 na MEDLINE e 1 na LILACS.

Figura 1- Fluxograma da seleção dos artigos segundo os critérios de inclusão e exclusão. Recife-PE, 2014.



Para a extração das informações contidas nos artigos, foi utilizado um instrumento de coleta de dados adaptado de Ursi⁵⁵, que permitiu avaliar individualmente os estudos quanto à metodologia e aos resultados, realizando a síntese dos artigos e suas diferenças. Esse instrumento era formado pelos itens: título do artigo, autores, título do periódico, tipo de publicação, ano de publicação, instituição sede do estudo, país, detalhamento metodológico, nível de evidência, intervenção estudada, resultados e recomendações/conclusões.

Todos os 12 artigos foram lidos minuciosamente e extraídas suas ideias centrais correspondentes com a questão de pesquisa. Com base nessas ideias centrais, as publicações foram organizadas, analisadas criticamente e discutidas de acordo com a literatura.

4.1.4 Etapa 4: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Para avaliar o rigor metodológico dos estudos selecionados, foi utilizado o instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*⁵⁴, composto por 10 itens: objetivo; adequação metodológica; apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; seleção da amostra; procedimento para a coleta de dados; relação entre o pesquisador e

pesquisados; consideração dos aspectos éticos; procedimento para a análise dos dados; apresentação dos resultados; contribuições e limitações da pesquisa. Neste instrumento, a pontuação máxima corresponde a 10 pontos, sendo classificado como Nível A aqueles que obtiveram 6 a 10 pontos, correspondendo à boa qualidade metodológica e viés reduzido e Nível B os que pontuam no mínimo 5, correspondendo à qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado. Foram selecionadas apenas as publicações classificadas como Nível A.

Na avaliação do nível de evidência dos estudos, foi utilizada a Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos, que corresponde a: nível 1: revisão sistemática ou metanálise; nível 2: ensaios clínicos randomizados; nível 3: ensaio clínico sem randomização; nível 4: estudos de coorte e de caso-controle; nível 5: revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6: único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7: opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialidades⁵⁶.

4.1.5 Etapa 5: Interpretação dos resultados

Nesta etapa, os artigos encontrados foram discutidos de acordo com a tecnologia educativa utilizada na prevenção do CCU a fim de verificar se existiam semelhanças entre eles e também com outros estudos encontrados na literatura. As tecnologias educativas encontradas foram categorizadas em: 1) tecnologias leves, 2) tecnologias leve-duras e 3) tecnologias duras.

4.1.6 Etapa 6: Apresentação da revisão

A apresentação da Revisão Integrativa foi sob a forma de artigo científico, de acordo com as normas de uma revista na área de enfermagem (Qualis A1), na qual o artigo se encontra em avaliação.

4.2 Artigo original: Câncer de colo uterino: conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame de prevenção

As etapas descritas a seguir foram utilizadas na construção do artigo original.

4.2.1 Desenho do estudo

Estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em determinado período de tempo, de modo que todos os fenômenos estudados sejam contemplados durante um período de coleta de dados⁵⁷. Quando os estudos observacionais são desenhados para investigar uma eventual relação de causa e efeito dizemos que são analíticos. Nesses, em geral, existe uma preocupação com a identificação e medição dos fatores de risco ou dos efeitos de exposições ou intervenções específicas⁵⁸.

Neste estudo, foi aplicado o inquérito CAP (conhecimento, a atitude e a prática) de mulheres sobre o exame de prevenção do CCU, que busca traçar a representação do que a população sabe, pensa e age frente a uma temática sobre suas práticas de saúde e suas crenças. Dessa forma, o entrevistador pode identificar as características que predisõem o CAP adequado e o inadequado, podendo planejar e implementar ações e avaliar aquelas que já estão sendo desenvolvidas⁴⁹.

4.2.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário (DS) V, no município do Recife-PE. O município tem uma população estimada de 1.608.488 habitantes (IBGE, 2014). Para efeito de planejamento e gestão, a cidade é dividida em seis Regiões Político-administrativas: RPA 1 – Centro, 2- Norte, 3 – Noroeste, 4 – Oeste, 5 – Sudoeste e 6 – Sul. Cada RPA contém os (DS) e é subdividida em três Microrregiões (MR) que reúnem um ou mais dos seus 94 bairros, que possuem semelhanças territoriais⁵⁹.

Os principais serviços de saúde que o DS V oferece são: Centros de saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Saúde da Família, Policlínica, Maternidade, Hospital Pediátrico, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Serviço de Pronto Atendimento.

São dezesseis os bairros que compõem o DS V, na MR 1, 2 e 3, onde estão distribuídas quinze UBS, formadas por uma a três equipes de saúde da família (ESF), totalizando trinta e duas equipes. A tabela 2 apresenta a quantidade de equipes de profissionais de saúde da família existentes em cada unidade.

Tabela 2 – Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário V e seu respectivo número de Equipe de Saúde da Família. Recife-PE, 2015.

Unidades de Básicas de Saúde (UBS)	Número de Equipe de Saúde da Família (ESF)
Chico Mendes	2
Jardim Uchôa	2
Mangueira I	2
Mangueira II	2
Planeta dos Macacos I	2
Planeta dos Macacos II	1
Coqueiral	2
Vila São Miguel	3
Iraque	2
Vila Tamandaré	2
Jiquiá	2
Bongi	3
São Martin	3
Guarulhos	2
Mustardinha	2
Total	32

As equipes das unidades de saúde são compostas pelos seguintes profissionais de saúde: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, agentes de saúde bucal (ASB) e auxiliares administrativos. Cada equipe é responsável por, no máximo, quatro mil pessoas, sendo três mil a média recomendada³⁵.

O exame de prevenção do CCU é realizado semanalmente por enfermeiros. O atendimento às mulheres é feito mediante marcação e demanda espontânea. Em média são feitos quarenta exames mensais por cada enfermeira. No ano de 2015, foram contabilizados 62.615 exames de prevenção do CCU no município do Recife⁶⁰.

A escolha do local se deu pelo fato de serem unidades de saúde em que a prevenção do CCU é sistematizada, além de fazer parte do território de atuação da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

4.2.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por mulheres cadastradas nas unidades de saúde pertencentes ao DS V. A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Inclusão: mulheres com idade entre 25 e 64 anos de idade que já tinham iniciado atividade sexual, conforme recomendação do INCA/MS para o rastreamento do CCU¹.

Exclusão: mulheres que realizaram histerectomia por lesão precursora ou CCU e em tratamento contra o CCU por terem possível conhecimento prévio sobre a doença; as que apresentaram algum déficit cognitivo impedindo-as de responder às perguntas da entrevista; mulheres que não foram encontradas na sua residência após três tentativas de visitas e aquelas que compareceram na UBS para fazer o exame de prevenção do CCU, por provável orientação prévia quanto aos cuidados necessários antes da realização do exame.

Os critérios de descontinuidade foram: aquelas que desistiram de participar da pesquisa em qualquer etapa e aquelas que mudaram de residência fora do DS V no decorrer dela.

Para a determinação do tamanho da amostra, foi utilizada a equação de cálculo da amostra para estudo de proporção em população finita⁶¹, dada por:

$$n = \frac{z^2 pqN}{d^2(N - 1) + z^2 pq}$$

Em que

z = quantil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = proporção esperada de mulheres com conhecimento, atitude e prática acerca do câncer do colo uterino ($p = 0,453$)¹⁷;

q = proporção esperada de mulheres sem conhecimento, atitude e prática acerca do câncer do colo uterino ($q = 1 - 0,453$ ¹⁷ = 0,547);

d = erro amostral ($d = 0,05$);

N = número total de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos cadastradas no Distrito Sanitário V da Cidade do Recife-PE ($N = 79.798$)

Considerando um nível de confiança de 95%, o erro amostral de 5% e tamanho da população de 79.798 mulheres cadastradas nas UBS do DSV, na faixa etária dos 25 aos 64

anos, a amostra calculada foi de 500 mulheres. A estimativa da prevalência esperada foi feita baseada nos resultados do estudo de Vasconcelos¹¹, em que a média da prevalência do CAP das mulheres relacionado ao exame colpocitológico entre usuárias de uma UBS foi de 45,3%.

O cálculo do número de mulheres a serem entrevistadas em cada UBS foi estratificado proporcional ao número de equipes cadastradas em cada unidade. (Tabela 3) A seleção das participantes do estudo foi por conveniência de acordo com as visitas domiciliares agendadas pelos ACS ou quando a mulher comparecia à UBS para realizar qualquer tipo de atendimento, exceto o exame de prevenção do CCU.

Tabela 3 – Tamanho da amostra de acordo com as Unidades Básicas de Saúde e número de Equipes de Saúde da Família. Recife-PE, 2015.

UBS	Equipes	Amostra
Chico Mendes	2	31
Jardim Uchoa	2	31
Mangueira I	2	31
Mangueira II	2	31
Planeta dos Macacos I	2	31
Planeta dos Macacos II	1	16
Coqueiral	2	31
Vila São Miguel	3	47
Iraque	2	31
Vila Tamandaré	2	31
Jiquiá	2	31
Bongi	3	48
San Martin	3	48
Guarulhos	2	31
Mustardinha	2	31
Total	32	500

Caso o quantitativo de mulheres existentes nas equipes da UBS que atendessem aos critérios de inclusão do estudo fosse inferior ao estabelecido pelo cálculo amostral, seria selecionada aleatoriamente uma participante de outra equipe da mesma UBS, de modo a garantir a proporcionalidade para o número de mulheres calculadas. Caso não houvesse mais mulheres que respondessem aos critérios de inclusão na UBS, seria considerada perda amostral. Em todas as UBS, o número de mulheres cadastradas que atendiam aos critérios de inclusão era maior do que a amostra necessária; sendo assim, não foi preciso sortear mulheres de outra equipe e não houve perdas no estudo. Caso a mulher se recusasse a participar da pesquisa, era selecionada outra da mesma equipe.

Quando a mulher selecionada não se encontrava em casa, eram realizadas mais duas tentativas e caso não houvesse êxito no contato, a mulher era desconsiderada da pesquisa e substituída por outra, dentro da mesma equipe de saúde da família.

4.2.4 Definição das variáveis

As questões do formulário semiestruturado (APÊNDICE B) contidas no inquérito CAP foram adaptadas segundo o modelo do estudo de Anjos¹⁹. Para esta pesquisa, foram consideradas as seguintes variáveis:

VARIÁVEIS DEPENDENTES

Conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre o exame de prevenção do CCU. O CAP sobre o exame de prevenção do CCU foi avaliado considerando as variáveis:

A) Conhecimento sobre o exame de prevenção do CCU

- Informações sobre o exame de prevenção do CCU: sim ou não.
- Finalidade do exame: prevenir CCU, outras finalidades, não sabe.
- Cuidados necessários para realizar o exame: não ter relação sexual 24 horas antes, não estar menstruada, não usar duchas/cremes vaginais 48h antes, não ter relação sexual 3 dias antes, higiene íntima, cortar os pelos pubianos, não sabe/não lembra.
- Periodicidade de realização do exame: 6/6 meses, anualmente, 2/2 anos, 3/3 anos, mais de 3 anos, não sabe/não lembra, 3/3 anos caso tenha dois exames normais com intervalo de 1 ano entre eles.

Conhecimento adequado: quando a mulher referiu já ter ouvido falar sobre o exame, sabia que é para detectar câncer em geral, ou especificamente de colo uterino, sabia citar pelo menos um cuidado necessário para a realização do exame e sabia a periodicidade da realização do exame.

Conhecimento inadequado: quando referiu nunca ter ouvido falar do exame, ou já ter ouvido, mas não sabia que é para detectar câncer, quando não sabia citar pelo menos um cuidado necessário para a realização do exame e a periodicidade do exame.

B) Atitude frente ao exame de prevenção do CCU

- Opinião sobre exame de prevenção: necessário, pouco necessário, desnecessário, não sabe/não tem opinião.

Atitude adequada: quando achava que a realização do exame era necessária.

Atitude inadequada: quando achava que a realização do exame é pouco necessário/desnecessário/não sabia/não tinha opinião.

C) Prática relacionada ao exame de prevenção do CCU

- Adesão ao exame de prevenção: sim (periodicidade - só fez 1 exame na vida, < 1 ano, anualmente, 2/2 anos, 3/3 anos, > 3 anos, não tenho período fixo), não.

- Realização do último exame: (0 a 12 meses, 13 a 24 meses, 25 a 36 a meses, 37 a 48 meses, 49 a 60 meses, mais de 5 anos, mais de 10 anos), não lembro/não sei.

- Recebimento do resultado do último exame: sim, não, não lembra.

- Consulta para mostrar resultado do exame: sim, não, não lembra.

Prática Adequada: quando tinha realizado o exame de prevenção no máximo há três anos, retornou para receber o último resultado do exame realizado e buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame.

Prática Inadequada: quando tinha realizado o último exame preventivo há mais de três anos, ou nunca tinha realizado o exame, ou não tinha retornado para receber o último resultado e/ou não buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- Fatores sociodemográficos das mulheres:

- Idade em anos: 25 a 64 anos.
- Número de filhos: nenhum, um, dois, três ou mais filhos.
- Estado civil: solteira, casada, união estável, divorciada e viúva.
- Trabalha: sim ou não.
- Escolaridade: não alfabetizada/alfabetizada, fundamental completo/incompleto, médio completo/incompleto, superior completo/ incompleto.
- Renda familiar: sem renda/menos de 1 SM, 1 SM, 2 SM, 3 ou mais SM. Salário mínimo vigente: R\$ 788,00.
- Religião: católica, protestante, espírita, afro-brasileira, sem religião, outras.
- Cor: branca, negra, parda/morena/mulata.

4.2.5 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de junho a setembro de 2015 e seguiu as seguintes etapas:

1. Assinatura das Cartas de Anuência pela Prefeitura Municipal do Recife e pelo Distrito Sanitário V.
2. Submissão e aprovação da pesquisa pelo CEP do CCS da UFPE – CAAE nº 44530415.3.0000.5208 e Parecer nº 1.097.582.
3. Foram contactados os enfermeiros das UBS com a finalidade de explicar os objetivos da pesquisa.
4. Foi realizado estudo piloto com 10 mulheres com as quais se verificou a adequação do instrumento de coleta de dados no que se refere à compreensão da população alvo da linguagem utilizada. Foi avaliado também a operacionalização dos procedimentos para coleta de dados. As mulheres foram escolhidas aleatoriamente na UBS, Vila São Miguel, por meio da visita domiciliar e não fizeram parte da amostra final do estudo. Após o teste piloto, foi necessário fazer alguns ajustes, a exemplo, na variável número de filhos foi acrescentada a opção nenhum filho. Na variável cuidados necessários para realizar o exame, foram acrescentados: não ter relação sexual três dias antes do exame e higiene íntima.
5. Após a realização do estudo piloto, durante reunião semanal do grupo de pesquisa Enfermagem na Saúde da Mulher no Contexto da Família, ocorreu a capacitação das quatorze auxiliares de pesquisa, alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPE, participantes do grupo que colaboraram na realização das entrevistas. A

capacitação foi realizada pela mestranda e pela orientadora da pesquisa num total de três encontros. No primeiro, foi apresentado, detalhadamente, o projeto de pesquisa. No segundo encontro, foram lidas todas as perguntas da entrevista, esclarecidas as dúvidas e feito simulação da aplicação do formulário e como deveriam abordar as mulheres. No terceiro, foi dividido o número de UBS para cada auxiliar de pesquisa de acordo com a proximidade de suas residências.

6. Posteriormente, o pesquisador principal fez contato telefônico com todos os enfermeiros das UBS para agendamento do dia e hora para a coleta.
7. No dia agendado, o pesquisador principal, juntamente com os auxiliares de pesquisa, compareceram a UBS e contactaram com o enfermeiro que os encaminhou ao ACS para realização das visitas domiciliares agendadas por eles.
8. Ao chegar à residência da mulher, o ACS apresentava os entrevistadores e, posteriormente, os deixavam sozinhos para não interferir nas respostas das mesmas. Enquanto isso, o ACS se dirigia a outra residência e selecionava outra mulher para ser entrevistada. Após a explicação da pesquisa e concordância em participar, a mulher assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e era escolhido um lugar mais reservado da casa com objetivo de deixar a participante do estudo menos constrangida e que pudesse expressar-se mais livremente. Vale ressaltar que a pesquisa não interferiu na rotina dos serviços da UBS, pois ocorreu em paralelo às outras atividades da unidade e os ACS aproveitavam para fazer também suas atividades nas residências. A coleta aconteceu na UBS quando as mulheres aguardavam consulta ou acompanhavam familiares. Nesse caso, era providenciado um local reservado afastado das outras pessoas.
9. Em seguida, foi aplicado o formulário semiestruturado (Apêndice B) com cada participante. Esse formulário era composto por questões sobre dados sociodemográficos e pelo inquérito CAP. As entrevistas semiestruturadas são apropriadas para a coleta de dados quando o pesquisador sabe o que precisa descobrir e pode estruturar as questões apropriadas para obter as informações necessárias. Geralmente, os dados são coletados através de um formulário, quando as perguntas são feitas oralmente, face a face ou por telefone⁵⁷.
10. Após a entrevista, foi entregue a todas as participantes do estudo um folder educativo (Apêndice C) contendo respostas de todas as perguntas do formulário. O documento era lido junto com a mulher e esclarecidas as dúvidas. Também foi estimulada a realização do exame.

4.2.6 Análise dos dados

Na análise dos dados da pesquisa foi, construído um banco no programa EPI INFO, versão 3.5.2 no qual ocorreu a validação (dupla digitação para posterior comparação e correção das divergências encontradas). O banco foi exportado para o software SPSS, versão 17, para análise. Na avaliação do perfil sociodemográfico das mulheres, para variáveis categóricas foram calculadas as frequências percentuais dos fatores avaliados e construídas suas respectivas distribuições. Para as variáveis contínuas foram calculadas as estatísticas: mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Quanto à avaliação do grau de conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre a prevenção do câncer de colo uterino, utilizaram-se questões acerca da percepção e práticas das mulheres com relação ao exame. As mulheres foram classificadas com CAP adequado se apresentassem respostas corretas nas questões avaliadas, descritas no item variáveis.

Após a classificação do CAP das mulheres, foram calculadas as prevalências da adequação em cada domínio avaliado. Na comparação da prevalência de adequação e não adequação em cada domínio, foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se $p\text{-valor} < 0,05$ o número de mulheres com adequação do CAP difere do número de mulheres que não possuem adequação do CAP). Para avaliar diferenças entre as prevalências de adequação entre o CAP, foi aplicado o teste Qui-quadrado para homogeneidade (se $p\text{-valor} < 0,05$ a distribuição da adequação do CAP difere significativamente entre os domínios avaliados).

A avaliação dos fatores de perfil que pudessem influenciar significativamente no conhecimento, atitude e prática adequada da mulher acerca do câncer de colo uterino, foi feita através da construção das tabelas de contingência e a aplicação do teste Qui-quadrado para independência (se $p\text{-valor} < 0,05$ o fator avaliado influencia na adequação do conhecimento, atitude ou prática acerca do CCU). Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas aplicou-se o teste Exato de Fisher.

A análise multivariada para o conhecimento adequado foi feita por meio do ajuste do modelo de Poisson com variância robusta. A inclusão das variáveis no modelo inicial foi feita de forma conjunta e a retirada de forma individual, sendo repetida a estimação do modelo para cada variável retirada, usando como critério o maior $p\text{-valor}$ da estatística de Wald. Para a inserção no modelo, foi considerado o nível de significância menor do que 20% na estatística de Qui-quadrado para independência e, para a permanência da variável no modelo, foi considerado o valor de 0,05 da estatística de Wald (se $p\text{-valor} < 0,05$ o nível do

fator está associado ao conhecimento adequado do CCU quando comparado com a referência). Todas as conclusões foram obtidas considerando o nível de significância de 5%.

4.2.7 Aspectos éticos da pesquisa

Inicialmente, foram solicitadas e liberadas as cartas de anuência da Prefeitura Municipal da cidade do Recife-PE e do Distrito Sanitário V. Em seguida, o projeto foi submetido e aprovado pelo CEP do CCS da UFPE – CAAE nº 44530415.3.0000.5208 e Parecer nº 1.097.582.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisa com seres humanos. As participantes fizeram parte da pesquisa de forma voluntária. Foram garantidos todos os direitos, incluindo o sigilo das informações prestadas por elas. Não foram oferecidas recompensas pela participação.

No dia da visita domiciliar, foram explicados os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios por meio da leitura do TCLE (Apêndice A) e, após prestar os esclarecimentos de todas as dúvidas, foi solicitada a assinatura do documento em duas vias, incluindo a assinatura da entrevistadora e mais duas testemunhas, ficando uma cópia com a participante e outra com a entrevistadora. Foi informado que a qualquer momento poderiam desistir de participação, sem qualquer tipo de ônus.

Também foi salientado que os resultados do estudo seriam divulgados para a comunidade científica da UFPE, em eventos científicos e publicados em revistas na área. Ao final da entrevista, foi entregue a todas as participantes um folder (Apêndice C) contendo orientações sobre o exame de prevenção do CCU. Esse folder foi lido com as participantes, esclarecidas as dúvidas e incentivada a realização do exame.

Ao ser concluída a dissertação, será dada uma devolutiva ao DS V sobre os resultados obtidos com a pesquisa, para que este repasse às UBS.

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados no formato de dois artigos científicos, de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Enfermagem da UFPE: O Artigo de Revisão Integrativa e o Artigo Original. Ambos obedecem às normas de submissão de periódicos em saúde com Qualis A2.

5.1 Artigo de Revisão Integrativa

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS UTILIZADAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Objetivo: identificar na literatura quais as estratégias educativas utilizadas na prevenção do câncer do colo uterino (CCU). **Método:** Foi realizada uma revisão integrativa, com busca de artigos científicos nas Bases de Dados PUBMED, MEDLINE, LILACS, BDNF e CENTRAL, publicados nos últimos cinco anos nos idiomas português, inglês e espanhol. Das 414 publicações coletadas durante os meses de maio a outubro de 2014, foram selecionadas 12 para compor a amostra. **Resultados:** A análise dos artigos evidenciou que as estratégias educativas foram vídeos educativos, folhetos, convites impressos, guias ilustrativos, mensagens televisivas, contato telefônico, visita domiciliar e ações educativas. **Conclusão:** Os estudos mostraram que as estratégias educativas estão sendo amplamente empregadas por profissionais de saúde e por instituições de pesquisa; que ainda é deficiente o conhecimento que as mulheres detêm sobre a temática e este conhecimento está diretamente relacionado à taxa de aceitação em realizar o exame de prevenção do CCU.

Descritores: Saúde da mulher; teste de Papanicolaou; educação em saúde.

Palabras clave: Salud de la mujer; prueba de Papanicolaou; educación en salud.

Key words: Women's health; Papanicolaou test; health education.

Introdução

O câncer do colo do útero (CCU) se configura um problema de saúde pública mundial e milhares de mulheres morrem por ano acometidas pela doença. No Brasil, é o terceiro tipo de tumor mais frequente entre as mulheres e a quarta causa de morte por câncer⁽¹⁾.

Na tentativa de reduzir o índice de casos novos, o Brasil e outros países no mundo, adotam como rastreamento do CCU, o exame citopatológico ou exame de prevenção do CCU. Os critérios para a realização do rastreamento são a faixa etária e a periodicidade do exame. É recomendado para mulheres que já iniciaram sua vida sexual ou que tenham entre 25 e 64 anos realizarem o exame anualmente e, após dois resultados consecutivos negativos, pode ser repetido em um intervalo de três anos. Após essa idade, as mulheres que tiverem no mínimo dois exames consecutivos negativos, podem interromper sua realização. Esse exame está disponível, de forma gratuita, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na atenção primária⁽²⁾.

Apesar de as medidas de rastreamento serem comprovadamente estratégias importantes para a saúde da mulher, observa-se que o conhecimento sobre o CCU e o exame de prevenção, está diretamente relacionado com a adesão ao exame. As mulheres que possuem conhecimento inadequado são as que passam mais tempo para realizá-lo nos intervalos recomendados⁽³⁾. A realização de ações educativas por enfermeiros com objetivo de promover o conhecimento das mulheres sobre a prevenção do CCU poderá aumentar a adesão à realização do exame.

Dentre as estratégias de educação em saúde destacam-se as tecnologias educacionais em saúde, que são classificadas em: tecnologias duras, relacionada a equipamentos tecnológicos, materiais de consumo e materiais permanentes; leve-duras, que compreende todos os saberes bem estruturados e específicos, voltados para a organização das ações de saúde, como elaboração de protocolos de atenção, normas, rotinas de trabalho; e as leves, que se referem às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos ou interações subjetivas que envolvem valores e emoções⁽⁴⁾.

As tecnologias educacionais têm-se mostrado eficientes para promover a adesão de mulheres ao exame de prevenção do CCU e também têm demonstrado que o conhecimento prévio sobre o assunto ainda é deficiente. Assim, ressalta-se a importância da realização de ações educativas que levem a população feminina não apenas a aumentar seu conhecimento, mas também refletir sobre a saúde, adotando práticas para sua melhoria⁽⁵⁾. Identificar as estratégias, seus efeitos e resultados poderá direcionar a prática educativa do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino.

Nesse contexto, o enfermeiro é um dos profissionais de saúde que desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e é capaz de auxiliar na mudança desta realidade. Diversos recursos tecnológicos e educativos vêm sendo utilizados com o objetivo de informar e conscientizar as mulheres quanto à prevenção do CCU. Assim, os resultados desta pesquisa subsidiarão a elaboração de futuras intervenções para a promoção da saúde da mulher relacionadas à prevenção do CCU. Diante do exposto, este estudo objetivou identificar na literatura quais as estratégias educativas utilizadas na prevenção do câncer do colo uterino (CCU).

Método

Revisão integrativa (RI) de literatura, tipo de pesquisa que possibilita a realização de uma síntese sistemática e ordenada do conhecimento produzido nos últimos anos sobre determinada temática, além de verificar se é aplicável⁽⁶⁾.

Na realização da RI, foram efetuadas as seguintes etapas: identificação do tema ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de artigos; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão⁽⁶⁾.

Para conduzir as buscas da Revisão Integrativa (RI), foi formulada a seguinte questão de pesquisa: Quais as estratégias educativas utilizadas na prevenção do CCU?

Na realização da busca de estudos em bases de dados, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos completos publicados nos últimos cinco anos (2009-2014); nos idiomas português, inglês e espanhol; que retratassem intervenções educativas utilizadas na prevenção do CCU. Como critérios de exclusão: capítulos de livros, dissertações, teses, relatos de experiência, reportagens, editoriais e notícias; artigos de revisão (narrativa/integrativa/sistemática).

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio a outubro de 2014. As bases de dados utilizadas para a seleção dos artigos foram na seguinte ordem: PUBMED (National Library of Medicine), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e CENTRAL (Registro Cochrane de Ensaio Clínicos Controlados).

Empregou-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) em inglês e português: *Women's health* (saúde da mulher), *Uterine cervical neoplasms* (neoplasias do colo do útero), *Papanicolaou test* (teste de Papanicolaou) e *Health education* (educação em

saúde) . Foi realizado o cruzamento com três descritores em todas as bases de dados, alternando *uterine cervical neoplasms* com *papanicolaou test*, utilizando o operador lógico booleano “AND” (Tabela 1).

Tabela 1 - Publicações encontradas do ano de 2009 até 2014 a partir do cruzamento entre os descritores, em cada base de dados. Recife-PE, 2014.

CRUZAMENTOS	RESULTADOS					
	PUBMED	MEDLINE	LILACS	BDEF	CENTRAL	TOTAL
Women's health AND Uterine cervical neoplasms AND Health education	128	104	14	11	-	257
Saúde da mulher AND Neoplasias do colo do útero and Educação em Saúde	-	16	7	3	-	26
Womens health AND Papanicolaou test AND Health education	44	49	10	5	-	108
Saúde da mulher AND Teste de papanicolaou AND Educação em saúde	-	11	5	7	-	23
TOTAL	172	180	36	26	0	414

No total, foram encontradas 414 publicações nas bases de dados, sendo 172 na PUBMED, 180 na MEDLINE, 36 na LILACS e 26 na BDEF. Na CENTRAL, não houve nenhuma publicação dos últimos cinco anos. A amostragem dos artigos selecionados para compor a revisão integrativa foi feita da seguinte forma:

Para a seleção dos artigos, inicialmente foi feita a leitura dos títulos e, caso se enquadrassem na temática, era feita a leitura do resumo. Aqueles resumos que condiziam com a questão de pesquisa foram selecionados para leitura do artigo na íntegra.

Após a leitura dos 414 títulos dos artigos, 51 foram selecionados para leitura dos resumos. Desses, apenas quatorze foram lidos na íntegra. Os demais artigos foram excluídos por não serem condizentes com a questão de pesquisa, estarem duplicados em outra base de dados ou repetidos em outro cruzamento, não estarem disponíveis na íntegra e ter qualidade metodológica insatisfatória. Os artigos repetidos foram contabilizados apenas uma vez. Os que não estavam disponíveis na íntegra foram solicitados junto à Biblioteca Central do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e, se indisponíveis, foram então excluídos da amostra (Tabela 2).

Para avaliar a qualidade metodológica dos estudos selecionados, foi utilizado o instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* [CASP]⁽⁷⁾. Esse instrumento é composto por 10 itens, a saber: objetivo; adequação metodológica; apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; seleção da amostra; procedimento para a coleta de dados; relação entre o pesquisador e pesquisados; consideração dos aspectos éticos; procedimento para a análise dos dados; apresentação dos resultados; importância da pesquisa. A pontuação máxima é de 10 pontos e os estudos são classificados de acordo com as seguintes pontuações: Nível A - 06 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido); Nível B- mínimo de 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado). Neste estudo, optou-se por utilizar apenas os artigos classificados de 6 a 10 pontos (Nível A).

Para realizar a verificação do nível de evidência dos artigos, foi utilizada a Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos, que contempla os seguintes níveis: 1) revisão sistemática ou metanálise; 2) ensaios clínicos randomizados; 3) ensaio clínico sem randomização; 4) estudos de coorte e de caso-controle; 5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) único estudo descritivo ou qualitativo; 7) opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialidades⁽⁸⁾.

Ao final da análise dos artigos, utilizando os dois instrumentos, totalizaram-se 12 artigos para compor a amostra do estudo. Foram excluídos dois artigos por apresentarem qualidade metodológica insatisfatória. A seleção dos artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão está apresentada na tabela 2.

Tabela 2 - Publicações previamente selecionadas, de acordo com os critérios de inclusão, exclusão e avaliação do rigor metodológico. Recife-PE, 2014.

Buscas nas bases de dados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão	PUBMED	MEDLINE	LILACS	BDENF	TOTAL
Total de publicações	172	180	36	26	414
Não condizentes com a questão de pesquisa	159	159	31	19	368
Artigo duplicado em outra base/repetido no outro cruzamento	3	17	3	7	30
Não disponíveis na íntegra	0	2	0	0	2
Qualidade metodológica insatisfatória	1	0	1	0	2
Selecionados para a amostra	9	2	1	0	12

Os artigos foram codificados em A1⁽⁹⁾, A2⁽¹⁰⁾, A3⁽¹¹⁾, A4⁽¹²⁾, A5⁽¹³⁾, A6⁽¹⁴⁾, A7⁽¹⁵⁾, A8⁽¹⁶⁾, A9⁽¹⁷⁾, A10⁽¹⁸⁾, A11⁽¹⁹⁾ e A12⁽²⁰⁾. Para a extração dos dados dos artigos, foi utilizado um instrumento de coleta de dados adaptado, permitindo avaliar separadamente cada artigo quanto à metodologia e aos resultados, possibilitando realizar a síntese dos artigos e suas diferenças. Esse instrumento é composto pelos seguintes itens: título do artigo, autores, título do periódico, tipo de publicação, ano de publicação, instituição sede do estudo, país, detalhamento metodológico, nível de evidência, intervenção estudada, resultados e recomendações/conclusões⁽²¹⁾.

Foi feita leitura minuciosa dos estudos e buscou-se extrair as ideias que respondiam à questão de pesquisa. Em seguida, baseado nessas ideias centrais, os artigos foram organizados, analisados criticamente e discutidos com base na literatura referente à temática. As estratégias educativas identificadas nos estudos foram agrupadas em três categorias⁽⁴⁾: (1) tecnologias educativas duras, (2) tecnologias educativas leve-duras e (3) tecnologias educativas leves.

Resultados

Dos doze artigos avaliados, apenas uma pesquisa foi desenvolvida no Brasil⁽¹³⁾, os demais foram dos Estados Unidos^(10-11,14,18-20), Turquia^(9,12,15), Bélgica⁽¹⁶⁾ e Estônia⁽¹⁷⁾. Com exceção do artigo brasileiro, todos os outros estavam no idioma inglês e foram publicados em periódicos internacionais, nos seguintes anos: 2009^(15,20), 2010^(13,16), 2011^(11,17) e 2013^(9-10,12,14,18-19).

Quanto à categoria profissional, os autores eram enfermeiros^(9,12-13), médicos^(10-11,14,17-18) e profissionais da área de comunicação^(16,20). Dois artigos não especificavam a área de atuação dos autores^(15,19). Dos estudos avaliados, oito foram desenvolvidos por universidades^(9,12-13,15-17,19-20), três por universidades em parceria com centros de estudos^(10,14,18) e um por hospital em parceria com centro de estudo⁽¹¹⁾.

Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa, evidenciaram-se dois estudos experimentais^(15,20), cinco quase-experimentais^(10-12,14,18), três transversais^(9,16-17), um metodológico⁽¹⁹⁾ e um descritivos qualitativo⁽¹³⁾. Em relação à força das evidências obtidas nos artigos, encontramos dois artigos com nível de evidência 2^(15,20), cinco artigos com nível de evidência 3^(10-12,14,18) e cinco artigos com nível de evidência 6^(9,13,16-17,19), respectivamente.

As estratégias educativas utilizadas na prevenção do CCU e as recomendações encontradas nos artigos estão descritas no quadro 2.

Quadro 2 – Principais resultados encontrados sobre as estratégias educativas utilizadas na prevenção do câncer de colo uterino e as recomendações dos artigos. Recife-PE, 2014.

Estudos	Estratégia educativa para prevenir o CCU	Tipo de tecnologia educativa utilizada	Resultados
A1 ⁽⁹⁾	Visita domiciliar e ação educativa grupal para detectar o conhecimento das mulheres sobre o CCU e o teste de Papanicolaou	Leve-dura	Identificou que o déficit de conhecimento sobre os fatores de risco e diagnóstico precoce do CCU ocasiona a não realização do exame.
A2 ⁽¹⁰⁾	Exposição dialogada individual ou grupal.	Leve	Aumento do conhecimento sobre o teste de Papanicolaou.
A3 ⁽¹¹⁾	Convite impresso e folhetos.	Dura	Houve aumento significativo na adesão ao teste de Papanicolaou entre as mulheres que já realizavam o exame e baixa adesão entre as mulheres que não realizavam.
A4 ⁽¹²⁾	Visita domiciliar, folheto educativo e busca ativa por meio de convite impresso, contato telefônico ou pessoal.	Leve-dura/dura/leve	O folheto educativo foi eficaz no que diz respeito à quantidade de mulheres atingidas e foi a estratégia que mais aumentou o conhecimentos das participantes. O contato por telefone foi efetivo para diminuir barreiras psicológicas, como: mitos e crenças. A entrevista pessoal foi eficaz para aquelas mulheres com pouco conhecimento e as que apresentavam barreiras de adesão.
A5 ⁽¹³⁾	Orientação individual	Leve	Ações educativas pontuais, desarticuladas e falta de uniformidade nas orientações.
A6 ⁽¹⁴⁾	<i>Workshops</i> utilizando um vídeo educativo.	Leve-dura/dura	Aumento da atitude para a realização do exame preventivo e uma melhora significativa do conhecimento ao comparar os resultados entre o pré-teste e o pós-teste.
A7 ⁽¹⁵⁾	Visita domiciliar, ação educativa utilizando um guia ilustrativo.	Leve-dura/dura	Aumento da adesão ao exame de Papanicolaou entre as participantes do estudo, mas o aumento não foi estatisticamente significativo. A adesão foi diretamente relacionada ao conhecimento.
A8 ⁽¹⁶⁾	Exposição a mensagens televisivas sobre o câncer de colo uterino.	Dura	Quanto mais expostas às mensagens, mais as participantes mostraram-se temerosas quanto a probabilidade do diagnóstico.
A9 ⁽¹⁷⁾	Convites impressos.	Dura	Aumento da atitude de realizar o exame de Papanicolaou e a taxa foi maior nas mulheres mais velhas.
A10 ⁽¹⁸⁾	Ação educativa domiciliar.	Leve-dura	Aumento da prática entre as mulheres que não consideravam o exame doloroso.
A11 ⁽¹⁹⁾	Folheto educativo.	Dura	A construção coletiva do folheto educativo entre as mulheres e os pesquisadores estimulou a participação ativa dos atores envolvidos.
A12 ⁽²⁰⁾	Vídeo educativo e panfletos.	Dura	Aumento da atitude para a realização do exame de Papanicolaou.

Dentre as estratégias educativas utilizadas pelos estudos selecionados, destacam-se as seguintes tecnologias educativas: 1) tecnologias leves: exposição dialogada^(10,13), contato telefônico e pessoal⁽¹²⁾; 2) tecnologias leve-duras: visita domiciliar^(9,12,15,18), ação educativa grupal⁽⁹⁾ e ação educativa individual^(15,18); 3) tecnologias duras: folheto educativo^(11-12,19-20), convite impresso^(11-12,17), mensagem televisiva⁽¹⁶⁾, guia ilustrativo⁽¹⁵⁾ e vídeo educativo^(14,20). As tecnologias mais utilizadas foram visita domiciliar, folheto educativo e convite impresso.

Existe semelhança na prevenção do CCU entre os países dos estudos, pois utilizam o exame de Papanicolaou como principal estratégia de rastreio da doença associado à educação em saúde^(9-12,14-20).

Discussão

As tecnologias educacionais surgem para tornar mais fácil, rápida e efetiva a educação, podendo ser entendida como o conjunto de recursos empregados no processo de ensino-aprendizagem, adaptados às necessidades de cada cenário, com a finalidade de ensino, preparação e adequação à vida⁽²²⁾.

Dentre as tecnologias educacionais desenvolvidas nos estudos desta RI, as que tiveram maior impacto no conhecimento das mulheres foram a exposição dialogada⁽¹⁰⁾, o guia ilustrativo⁽¹⁵⁾ e o folheto educativo⁽¹²⁾. Já no aumento da adesão à realização do exame de prevenção, as mais citadas foram os convites impressos⁽¹¹⁾, folhetos educativos⁽¹²⁾, o guia ilustrativo⁽¹⁵⁾ e a ação educativa individual⁽¹⁸⁾. O vídeo educativo^(14,20) e os convites impressos⁽¹⁷⁾ causaram mais impacto na atitude das mulheres. De forma geral, os materiais impressos foram os que apresentaram melhores resultados na realização do exame. O convite impresso foi a tecnologia educativa que mais estimulou a adesão, elevando as intenções em realizar o exame. Dentre as razões para não adesão, foi citado o medo e a ansiedade⁽¹⁷⁾.

Vale destacar que os estudos de intervenção, como os experimentais e quase-experimentais foram os que obtiveram melhor resultado quanto ao aumento do conhecimento^(10,12,14), da atitude^(14,20) e da prática^(15,18) das mulheres quanto ao exame de prevenção do câncer de colo uterino, demonstrando a eficácia desse tipo de metodologia para obtenção de resultados positivos, como a mudança de comportamento e destacando a importância do envolvimento do profissional de saúde no processo educativo utilizando uma tecnologia educacional.

As tecnologias educacionais duras são amplamente utilizadas nas mais diversas áreas da saúde, mostrando ser acessível a todos os públicos. Os recursos audiovisuais, vídeos educativos^(14,20) e mensagens televisivas⁽¹⁶⁾ foram aplicados nas atividades educativas em grupo, para atingir uma quantidade maior de pessoas com a mensagem a ser transmitida, podendo assim ser útil em ações educativas na comunidade.

A associação entre convites impressos e folhetos educativos⁽¹¹⁻¹²⁾ foi uma boa estratégia educativa para melhorar a participação de mulheres no programa de rastreio do CCU. Após a intervenção, foi observado que aquelas mulheres que realizaram exame de prevenção nos últimos dois anos continuaram a fazê-lo nos intervalos estabelecidos, já aquelas que não possuíam um exame recente, ficavam mais tempo sem o realizar. A falta de adesão foi atribuída à ausência de plano de saúde e à baixa escolaridade⁽¹¹⁾. O uso do folheto como estratégia educativa aumentou significativamente o conhecimento e a prática das mulheres sobre o exame de prevenção de CCU, principalmente entre as que já haviam feito o exame anteriormente, fato menos observado nas que nunca haviam efetuado o exame e, conseqüentemente, possuíam menos conhecimento⁽¹²⁾.

Evidencia-se então a importância dos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, que atua na atenção básica, realizar ações educativas voltadas principalmente para aquelas mulheres que não realizam o exame de prevenção ou que estão com ele em atraso, pois a baixa adesão é associada ao desconhecimento sobre os benefícios e propósito do exame⁽¹²⁾.

O folheto educativo construído coletivamente com mulheres indígenas que procuravam o serviço de saúde para realizar o exame de prevenção do CCU, foi essencial para estimular o diálogo, uma vez que as mulheres opinaram sobre como deveriam ser as características do material e verbalizaram os fatores facilitadores e dificultadores do aprendizado. Essa estratégia reforçou que o envolvimento das usuárias foi essencial e a importância do respeito aos valores culturais durante uma estratégia educativa⁽¹⁹⁾.

Antes da realização da ação educativa utilizando o guia ilustrativo, foi observado que menos da metade das mulheres conhecia os fatores de risco para o CCU e não tinham exames preventivos anteriores. Após a intervenção, houve um aumento significativo no conhecimento e metade das mulheres aderiram à realização do exame, mostrando a relação direta entre a aquisição de conhecimento e a adesão⁽¹⁵⁾.

As intervenções educativas realizadas em grupo apresentam vantagens como: ser centrada no aprendiz e no assunto, estimulá-lo a pensar sobre questões e problemas; encoraja a troca de experiência, tornando a aprendizagem mais ativa e menos isolada, oportunizando as

ideias e inquietações, incentivando o apoio dos companheiros e o sentimento de pertencimento⁽²³⁾.

Os recursos impressos como: folhetos educativos^(11-12,19), convites⁽¹⁷⁾ e guias ilustrativos⁽¹⁵⁾ foram utilizadas nos estudos como tecnologias duras para serem trabalhadas em nível individual, principalmente durante a visita domiciliar. Esses recursos foram úteis no aumento da adesão ao exame de prevenção dentro dos intervalos recomendados⁽¹¹⁻¹²⁾, no conhecimento das mulheres⁽¹²⁾ e na quebra das barreiras de comunicação com a população indígena⁽¹⁹⁾.

Intervenções educativas usando lembretes como: cartas convites ou telefonemas foram utilizadas com objetivo de detectar precocemente o CCU e foram eficazes, pois as mulheres compareceram ao serviço de saúde para a realização do exame de prevenção. A estratégia de enviar cartas informativas ou panfletos educativos, aplicando uma linguagem simples, teve impacto positivo no conhecimento das mulheres, mas nem sempre esteve associado ao aumento na taxa de adesão à realização do exame. Logo, é necessário o enfermeiro pensar na combinação de intervenções educativas que possam efetivamente trazer essas mulheres para a prática do exame preventivo.⁽²⁴⁾

Os convites impressos, especificando o local e data de realização do exame, foram determinantes no aumento da taxa de rastreio⁽¹⁷⁾. Observa-se que os convites funcionam como lembretes e estímulo para que a mulher realize o exame. Foi observado que as mulheres que obtiveram maior pontuação com relação ao conhecimento sobre os fatores de risco para o CCU foram as que mais procuraram o exame⁽¹⁵⁾. Destaca-se a relação entre o conhecimento e a aceitação do exame, evidenciando a importância das intervenções educativas como promotoras de mudanças de comportamento.

Por outro lado, também foram adotados vídeos educativos culturalmente adaptados durante intervenções educativas grupais, que obtiveram bons resultados, com aumento de 80% nas intenções das mulheres em submeter-se ao exame preventivo⁽¹⁴⁾ e também se mostrou mais eficaz na redução das barreiras para discussões sobre o exame de prevenção, potencializando o efeito da comunicação⁽²⁰⁾.

O emprego de um vídeo educativo melhorou significativamente o conhecimento mulheres sobre o CCU e a importância de sua prevenção, após seu uso. Observou-se, no grupo experimental, que as mulheres passaram de 49 pontos de acertos para 93 pontos, enquanto no grupo controle houve um declínio no conhecimento. Com relação à adesão à realização do exame de prevenção, das 35 mulheres participantes do grupo experimental, 34 delas passaram pela colposcopia após receberem a intervenção; já no grupo controle, apenas

uma vez o exame. O estudo indica o impacto do conhecimento na prática, pois a baixa taxa de prática do exame está associada ao baixo conhecimento a respeito dos benefícios e do propósito do exame de prevenção⁽²⁵⁾.

No que se refere às mensagens audiovisuais de prevenção do câncer, em nível internacional, observa-se que as campanhas de serviço público utilizam uma abordagem informativa e persuasiva com o objetivo de despertar no público-alvo uma tomada de decisão para o seu próprio bem-estar ou para o bem comum. Foi observada uma predominância da mensagem “fazer rastreio” dentro das campanhas do CCU (61,5%). A persuasão estimulando o medo foi utilizada em mais da metade das campanhas, pretendendo inibir comportamentos de risco e despertar na mulher a vontade de realizar o exame⁽²⁶⁾.

Assim, foi observado que as mulheres expostas frequentemente às mensagens televisivas sobre o CCU sentiam muito medo de serem diagnosticadas com a doença e se percebiam como portadoras de moderado a alto risco de desenvolver a neoplasia⁽¹⁶⁾. Há a necessidade de se realizar estudos para verificar se estas percepções de medo e risco afetam no comportamento das mulheres quanto à realização do exame.

De forma geral, as mensagens audiovisuais são mais passíveis de assimilação, pois apoiam e enriquecem o processo educativo estimulando os sentidos de visão e audição, aguçando memórias visuais, que são mais permanentes que as auditivas, retendo a informação pela combinação do que é visto e ouvido⁽²³⁾.

Quanto às tecnologias leve-duras utilizadas nos estudos foram a visita domiciliar^(9,12,15,18), ação educativa grupal⁽⁹⁾ e individual^(15,18). Estas tiveram impacto no aumento do conhecimento sobre o CCU e na realização do exame de prevenção após serem expostas a estas tecnologias, observadas no pós-teste.

Na intervenção educativa realizada durante visita domiciliar, inicialmente foi verificada a relação entre a dor durante o exame e a adesão ao exame. Antes da intervenção, as mulheres tinham a crença de o exame ser muito doloroso, ignorando as recomendações para triagem e as mensagens educativas. Após a atividade, essa concepção diminuiu. A idade foi determinante, pois quanto mais velha, menos susceptível a realizar o exame⁽¹⁸⁾.

A visita domiciliar promove a interação entre o profissional e o indivíduo/comunidade, necessária para a formação de vínculo e para o conhecimento da realidade sociocultural daquela população. Os estudos que utilizaram esta tecnologia educativa destacaram a importância de se conhecerem os aspectos subjetivos da comunidade, pois eles influenciam diretamente nos comportamentos de saúde dos indivíduos. Ela foi importante inclusive na

quebra das barreiras psicológicas, como o medo da realização por achar que o exame é doloroso, que impediam as mulheres de realizar o exame⁽¹⁸⁾.

Na visita domiciliar, o profissional de saúde pode detectar o conhecimento que as mulheres detêm acerca dos fatores de risco e do diagnóstico precoce da doença e, a partir daí, realizar uma intervenção educativa grupal, a fim de aumentar esse conhecimento, objetivando o aumento na taxa de rastreio⁽⁹⁾. As sessões educativas, com discussões em grupo, melhoraram o conhecimento das mulheres a respeito do exame e influenciaram positivamente na intenção de realizá-lo⁽²⁴⁾.

As tecnologias educacionais leves, também chamadas de tecnologia das relações, envolvem a comunicação, o acolhimento e as interações subjetivas. Essa tecnologia permeou todos os estudos encontrados nesta pesquisa, pois, sem a interação profissional-usuário, não há condições de desenvolver uma efetiva estratégia educativa. É pela comunicação que são estabelecidas as relações entre as pessoas. É uma tecnologia necessária no reconhecimento e na concretização do protagonismo do profissional e do usuário na coprodução de saúde⁽²⁷⁾.

São referidas muitas vezes como facilitadoras do diálogo entre o educador e o educando⁽¹⁹⁾ e como meio de interação entre a população e os profissionais de saúde, servindo como método de compartilhamento de experiências, evidenciando que a comunicação é precedente essencial para a mudança de comportamento⁽²⁰⁾.

Apesar dos resultados positivos, nos quais houve a participação efetiva dos atores envolvidos no processo de educação em saúde, em alguns espaços, essa construção coletiva ainda é pontual, a comunicação dos profissionais de saúde com a população não é feita de forma efetiva, pois suas ações de prevenção do CCU são informativas, desarticuladas e não há uniformidade nas orientações⁽¹³⁾. Muitas vezes, as estratégias educativas se dão de forma não estruturada, coercitiva, caracterizadas, em sua maioria, pelo repasse de informações⁽²⁸⁾.

Foi a tecnologia menos utilizada de forma isolada nos estudos, pois embora seja de execução mais rápida, por não necessitar de recursos materiais, quando é ofertada isoladamente, não apresenta resultados impactantes⁽¹³⁾ do que quando aparece em conjunto com as leve-duras ou duras⁽¹²⁾.

Percebe-se que quando a tecnologia dura foi associada à participação do profissional de saúde durante a visita domiciliar, estimulando a comunicação nas exposições dialogadas e nas ações educativas, obtiveram-se resultados positivos como o aumento do conhecimento⁽¹²⁾, da atitude para a realização do exame preventivo⁽¹⁴⁾ e da adesão ao exame⁽¹⁵⁾.

Isso demonstra a necessidade do enfermeiro não utilizar apenas a exposição dialogada nas ações educativas e sim associá-la a algum material impresso, escrito ou recurso audiovisual para chamar a atenção das pessoas, tornando o assunto mais interessante.

A comunicação permeia todo o processo de educação em saúde e requer preparo pessoal. Nela se estabelecem as relações humanas⁽²⁷⁾. A Educação em Saúde pode ser definida como um processo sistemático, contínuo e permanente cujo objetivo é formar e desenvolver a consciência crítica do indivíduo, valorizando as experiências e conhecimentos vividos, assim como os valores étnico-culturais, estimulando coletivamente a busca de soluções para os problemas vivenciados na comunidade⁽²⁹⁾.

Praticar a educação em saúde é mais do que cultivar hábitos e comportamentos saudáveis, sua construção deve se basear nas situações de saúde da comunidade, pelo estabelecimento de diálogos entre os indivíduos e os trabalhadores de saúde, pois é, através das relações interpessoais, que o processo de transformação da consciência é facilitado⁽²⁹⁾.

O uso das tecnologias no processo educativo facilita a inclusão dos sujeitos no processo de aprendizagem, lançando mão do diálogo entre o saber científico e o popular, tornando-se necessária para o envolvimento e participação dos indivíduos, facilitando mudanças de comportamento⁽³⁰⁾.

Independente de qual tecnologia educacional seja adotada, é preciso criar parceria com a comunidade, conhecer sua realidade e necessidade das famílias, dos indivíduos, destacando também suas potencialidades. O conhecimento do perfil comunitário facilitará na escolha da tecnologia educativa adequada para cada público.

Conclusão

As evidências disponíveis na literatura sobre as estratégias educativas implementadas na prevenção do câncer do colo uterino (CCU) evidenciaram que as tecnologias educativas duras, leve-duras e leves são bastante empregadas por profissionais de saúde em diversos países, mostrando a importância do uso dessas tecnologias na promoção da saúde.

Dentre as estratégias educativas encontradas nesta revisão, destaca-se o uso de vídeo educativo, folhetos, convites impressos, guias ilustrativos, mensagens televisivas, contato telefônico, visita domiciliar e ações educativas individuais e grupais. Essas tecnologias foram úteis para conhecer o contexto social em que a mulher está inserida, avaliar o nível de conhecimento que detêm sobre o assunto e interagir com a população objetivando a adesão ao exame preventivo.

Os estudos mostraram que ainda é deficiente o conhecimento prévio das mulheres sobre a temática, principalmente no que se refere aos fatores de risco para desenvolver a doença e ao exame de prevenção do CCU e que esse conhecimento está diretamente relacionado à taxa de aceitação em realizar o exame. Destaca-se a importância de se desenvolverem estudos de intervenção de qualidade a fim de proporcionar o conhecimento adequado e consequente aumento na taxa de adesão ao exame.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro; 2011.
3. Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB, Castelo ARP, Costa LQ, Oliveira RG. Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colposcópico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(1):97-05 [citado 2015 fev. 28]. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100014&script=sci_arttext&tln g=pt
4. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadora. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p 71-112.
5. Pirzadeh A, Mazaheri MA. The effect of education on women's practice based on the health belief model about pap smear test. *Int J Prev Med*. 2012;3(8):585-90 [citado 2014 nov. 20]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22973490>
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto- Enferm*. 2008;17(4):758-64 [citado 2015 jan 2]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
7. Milton Keynes Primary Care Trust. Critical Appraisal Skills Programme [internet]. London: Oxford; 2002 [citado 2014 out 20]. Disponível em: http://www.columbia.edu/~mvp19/RMC/M3/CASP_Qual.pdf
8. Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-Based Practice: step by step. *Am J Nurs*. 2010;110(5):41-7. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e.
9. Sogukpınar N, Saydam BK, Can HO, Hadımlı A, Bozkurt OD, Yücel U, et al. Assessment of Cervical Cancer Risk in Women between 15 and 49 Years of Age: Case of Izmir. *Asian*

Pacific J Cancer Prev. 2013;14(3):2119-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.3.2119>.

10. Moore-Monroy M, Wilkinson-Lee AM, Verdugo L, Lopez E, Paez L, Rodriguez D, et al. Addressing the Information Gap: Developing and Implementing a Cervical Cancer Prevention Education Campaign Grounded in Principles of Community-Based Participatory Action. *Health Promot Pract*. 2013;14(2):274–83. DOI: 10.1177/1524839912454141.

11. Clark CR, Baril N, Hall A, Kunicki M, Johnson N, Soukup J, et al. Case management intervention in cervical cancer prevention: the Boston REACH coalition women's health demonstration project. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*. 2011;5(3):235-47. DOI: 10.1353/cpr.2011.003.

12- Guvenc G, Akyuz A, Yenen MC. Effectiveness of Nursing Interventions to Increase Pap Smear Test Screening. *Research in Nursing & Health*. 2013;(36):146–57. DOI: 10.1002/nur.21526.

13- Oliveira ISB, Panobianco MS, Pimentel AV, Nascimento LC, Gozzo TO. Ações das equipes de saúde da família na prevenção e controle do câncer de colo de útero. *Cienc Cuid Saude*. 2010;9(2):220-27. DOI 10.4025/cienccuidsaude.v9i2.11133.

14- Piwowarczyk L, Bishop H, Saia K, Crosby S, Mudymba FT, Hashi NI, et al. Pilot evaluation of a health promotion program for african immigrant and refugee women: The UJAMBO Program. *J Immigrant Minority Health*. 2013;(15):219–23. DOI 10.1007/s10903-012-9611-9.

15- Yücel U, Çeber E, Özentürk G. Efficacy of a Training Course Given by Midwives Concerning Cervical Cancer Risk Factors and Prevention. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2009;10(3):437-42.

16- Lemal M, Van den Bulck J. Television news coverage about cervical cancer: impact on female viewers' vulnerability perceptions and fear. *European Journal of Public Health*. 2010;21(3):381–86. DOI:10.1093/eurpub/ckq040.

17- Kivistik A, Lang K, Baili P, Anttila A, Veerus P. Women's knowledge about cervical cancer risk factors, screening, and reasons for non-participation in cervical cancer screening programme in Estonia. *BMC Women's Health (Biomed Central)*. 2011;11(43):1-6. DOI:10.1186/1472-6874-11-43.

18- Gauss JW, Mabiso A, Williams KP. Pap Screening Goals and Perceptions of Pain among Black, Latina, and Arab Women: Steps toward Breaking down Psychological Barriers. *J Cancer Educ*. 2013;28(2):367–74. DOI:10.1007/s13187-012-0441-1.

19- Sharpe PA, Brandt HM, McCree DH, Owl-Myers E, Taylor B, Mullins G. Development of Culturally Tailored Educational Brochures on HPV and Pap Tests for American Indian Women. *J Transcult Nurs*. 2013;24(3):282-90. DOI: 10.1177/1043659613481676.

- 20- Love GD, Mouttapa M, Tanjasiri SP. Everybody's talking: using entertainment–education video to reduce barriers to discussion of cervical cancer screening among Thai women. *Health Educ Res.* 2009;24(5):829-38. DOI: 10.1093/her/cyp019.
21. Ursi ES. Prevenção de lesão de pele no perioperatório: Revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2014 jun. 11]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>
22. Machado JLA. Tecnologia Educacional: Conceito, características e perspectivas [Internet]. [atualizado 2013; citado 2015 jan. 17]. Disponível em: <http://www.vithais.com/2013/02/tecnologia-educacional-conceito.html>
23. Bastable SB. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
24. Vasconcelos CTM, Damasceno MMC, Lima FET, Pinheiro AKB. Revisão integrativa das intervenções de enfermagem utilizadas para detecção precoce do câncer cérvico-uterino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(2):437-44 [citado 2015 jan. 17] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_28.pdf
25. Pirzadeh A, Mazaheri MA. The Effect of Education on Women's Practice Based on the Health Belief Model About Pap Smear Test. *International Journal of Preventive Medicine.* 2012;3(8):585-90 [citado 2015 jan. 13]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3429807/>
26. Cardoso PR, Van Schoor M. Campanhas de prevenção do cancro no contexto da Publicidade de Serviço Público: uma análise das mensagens e dos recursos criativos. *Revista Mediterrânea de comunicación.* 2011;2(1):1-14 [citado 2015 jan. 3]. Disponível em: <http://www.mediterranea-comunicacion.org/Mediterranea/article/view/1>
27. Machado EP, Haddad JGV, Zoboli ELCP. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. *Revista Bioethikos- Centro Universitário São Camilo.* 2010;4(4):447-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000400008>
28. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012;17(7):1825-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700021>
29. Brasil. Fundação Nacional de Saúde, Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I. Brasília; 2007.
30. Nunes JM. Tecnologia educativa: uma proposta para promoção da saúde de um grupo de mulheres [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2010.

5.2 Artigo Original

CÂNCER DE COLO UTERINO: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES SOBRE O EXAME DE PREVENÇÃO

Resumo

Objetivou avaliar o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino e investigar sua associação com as variáveis sociodemográficas. Estudo transversal, realizado no período de julho a setembro de 2015, com 500 mulheres cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário V do município de Recife-PE. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário semiestruturado. Na análise estatística foi aplicado o teste Qui-quadrado, teste exato de Fisher e, na análise multivariada o modelo de Poisson e estatística de Wald. A prevalência de conhecimento, atitude e prática adequadas foi de 35,2%, 98% e 70,6%, respectivamente. O conhecimento adequado foi associado a não ter filhos, a renda familiar de dois salários mínimos e a religião espírita/afro-brasileira. As mulheres realizam o exame, julgam-no necessário, mas não têm conhecimento adequado, o que demonstra a necessidade de ações educativas pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde.

Introdução

O número de casos novos de câncer de colo do útero (CCU) esperado para o Brasil em 2016 será de 16.340, ficando atrás apenas do câncer de mama (57,960 casos novos) e do câncer de cólon e reto (17,620 casos novos)¹. A incidência do CCU é maior em países menos desenvolvidos. Geralmente, a doença se manifesta a partir dos 30 anos, aumentando o risco conforme a idade e seu pico etário é entre 50 e 60 anos².

O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões precursoras do CCU é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), associado a fatores como o fumo, a baixa condição socioeconômica, a multiparidade, a precocidade do início da atividade sexual, e múltiplos parceiros sexuais. A maioria das infecções pelo HPV regride espontaneamente em mulheres abaixo de 30 anos e, acima dessa idade, a persistência é mais frequente, ocasionando o surgimento da neoplasia².

Com exceção do câncer de pele, o CCU é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura, e, quando diagnosticado no início, a mulher tem uma sobrevida aproximada de 70%. Para detecção precoce, a principal estratégia de programas de rastreamento do CCU é o exame citopatológico (Papanicolaou). No Brasil, é recomendada a realização deste exame em mulheres de 25 a 64 anos que iniciaram atividade sexual². O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual³. Essas recomendações são preconizadas pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Nacional de Câncer, que obedecem ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde²⁻³.

Embora o exame seja disponibilizado na Atenção Básica, ainda existem mulheres que não o realizam. Muitas vezes, a doença é detectada em estágio avançado na primeira consulta, o que reduz as chances de cura⁴. É necessário que haja conscientização sobre a importância da realização do exame⁵, e assim, contribuir para o aumento da adesão⁶.

Apesar das ações educativas implementadas pelos profissionais das equipes de saúde, dentre eles o enfermeiro, observa-se, em estudos realizados em outros cenários brasileiros, que o conhecimento das mulheres sobre o assunto ainda é limitado⁷⁻⁹, pois foi considerado adequado em apenas 40,4%⁷, 51%⁸ e 36%⁹ delas. Dessa forma, tornou-se necessário conhecer o contexto em que essas mulheres estão inseridas por meio de um estudo epidemiológico neste tema e assim identificar essas limitações.

Sabendo-se que o exame de prevenção do CCU é o método de diagnóstico precoce desta patologia, ao reconhecer a influência do conhecimento e da percepção da importância de adotar medidas preventivas adequadas em saúde (atitude), na transformação do comportamento pessoal para a conquista da promoção da saúde, compreende-se a relevância de traçar um diagnóstico do conhecimento, a atitude e a prática (CAP) das mulheres sobre a prevenção do CCU e apreender as dificuldades existentes relacionadas ao acesso e realização do exame, fornecendo subsídios que poderão colaborar para direcionar o planejamento e implementação de ações que promovam o CAP adequados, proporcionando o empoderamento da mulher sobre a manutenção de sua saúde e mais adesão ao exame. Identificar o CAP dessas mulheres e os fatores associados ao CAP do exame preventivo do CCU norteará enfermeiros e outros profissionais da saúde, atuantes em contextos semelhantes, na elaboração de estratégias educativas. Assim, este estudo objetivou avaliar o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino e investigar sua associação com as variáveis sociodemográficas.

Método

Estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa, realizado no período de julho a setembro de 2015, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário (DS) V, da cidade de Recife, Pernambuco. Nesse estudo, foi aplicado o inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) com mulheres sobre o exame de prevenção do CCU. É um instrumento de coleta de dados que representa os saberes e práticas de uma população sobre determinado tema, a fim de traçar o seu diagnóstico e subsidiar futuras intervenções educativas¹⁰.

Fizeram parte da população do estudo todas as mulheres cadastradas nas UBS do DS V, com idade entre 25 e 64 anos, conforme recomendação do INCA/MS para o rastreamento do CCU³. Para o cálculo da amostra foi considerado um nível de confiança de 95%, erro amostral de 5%, a população de 79.798 mulheres cadastradas nas Unidades de Saúde da Família do DSV, na faixa etária dos 25 aos 64 anos e a prevalência esperada, obtida pelo resultado de um estudo⁷ cuja a prevalência do CAP das mulheres sobre o exame citopatológico foi de 45,3%⁷. Assim, obteve-se o tamanho amostral de 500 mulheres.

O cálculo do número de mulheres participantes em cada UBS foi feito de forma estratificada de acordo com as equipes cadastradas, garantindo a proporcionalidade. As participantes da pesquisa foram selecionadas por conveniência, seguindo a agenda de visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas UBS ou, quando as mulheres procuravam atendimento na UBS, exceto para realizar o exame de prevenção do CCU, por provavelmente terem recebido orientação quanto à realização do exame, e assim não influenciar nos resultados da pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário semiestruturado, adaptado¹¹, composto por características sociodemográficas (variáveis independentes) e relacionadas ao conhecimento, atitude e prática (CAP) das mulheres sobre o exame de prevenção do CCU (variáveis dependentes). Foi realizado um estudo piloto com dez mulheres, que não participaram do estudo principal, para adequação do instrumento e do processo de coleta de dados. Foram treinadas quatorze entrevistadoras para aplicação do mesmo. Ao final da entrevista, todas as participantes receberam um folder explicativo sobre o CCU e o exame de prevenção, que foi lido pelas entrevistadoras. O CAP foi avaliado conforme a seguir:

O conhecimento foi *adequado*: quando a mulher referiu já ter ouvido falar sobre o exame, sabia que é para detectar câncer em geral, ou especificamente de colo uterino, sabia citar, pelo menos, um cuidado necessário para a realização do exame e sabia a periodicidade

da realização do exame; ou *inadequado*, quando referiu nunca ter ouvido falar do exame, ou já ter ouvido, mas não sabia que é para detectar câncer, quando não sabia citar pelo menos um cuidado necessário para a realização do exame e a periodicidade do exame.

A atitude foi considerada *adequada* quando a mulher achava que a realização do exame era necessária ou *inadequada* quando achava que a realização do exame era pouco necessária/desnecessária/não sabia/não tinha opinião.

A prática foi *adequada* quando a mulher tinha realizado o exame de prevenção no máximo há três anos, retornou para receber o último resultado do exame realizado e buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame; ou *inadequada* quando tinha realizado o último exame preventivo há mais de três anos, ou nunca tinha realizado o exame, ou não tinha retornado para receber o último resultado e/ou não buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame.

O banco de dados foi digitado no programa EPI INFO, versão 3.5.2 e realizada sua validação (dupla digitação para posterior comparação e correção das divergências encontradas). O banco foi exportado para o software SPSS, versão 17, no qual foi realizada a análise. Para a avaliação do perfil sociodemográfico das mulheres foram calculadas as frequências percentuais das variáveis categóricas e construídas as respectivas distribuições de frequência. Nas variáveis contínuas, foram calculadas as estatísticas: mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Após a classificação do CAP, calcularam-se as prevalências da adequação em cada domínio avaliado, por meio do teste Qui-quadrado para a comparação de proporção e para avaliar diferenças entre as prevalências de adequação foi aplicado o teste Qui-quadrado para homogeneidade. Para avaliar os fatores do perfil sociodemográfico que influenciaram significativamente no CAP das mulheres, aplicou-se o teste Qui-quadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas, aplicou-se o teste Exato de Fisher.

A análise multivariada para o conhecimento adequado foi feita através do ajuste do modelo de Poisson com variância robusta. As variáveis foram incluídas no modelo inicial de forma conjunta e retiradas individualmente, repetindo-se a estimação do modelo para cada variável retirada, usando como critério o maior p-valor da estatística de Wald. Para a inserção no modelo, foi considerado o nível de significância menor do que 20% na estatística de Qui-quadrado para independência e, para a permanência da variável no modelo, foi considerado o valor de 0,05 da estatística de Wald. Todas as conclusões foram obtidas considerando o nível de significância de 5%.

O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – CAAE nº 44530415.3.0000.5208 e parecer nº 1.097.582. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Dentre as características sociodemográficas das mulheres, verifica-se que a maioria possuía idade entre 40 e 59 anos (53,6%), tinha três ou mais filhos (33,6%), não trabalhava (60,2%), estudou até o ensino fundamental completo/incompleto (46%), vivia com renda familiar de 1 salário mínimo (43,1%), seguia religião católica (50,8%) e considera ser da cor parda/morena ou mulata (66%) [Tabela 1].

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres cadastradas nas UBS do DS V. Recife-PE, 2015. (continua)

Fator avaliado	n	%
Idade (anos)		
25-39	188	37,6
40- 59	268	53,6
≥60	44	8,8
Mínimo	25	
Máximo	64	
Média±desvio padrão	43,7±11,2	
Número de filhos		
0	59	11,8
1	113	22,6
2	160	32,0
≥3	168	33,6
Estado Civil		
Solteira	160	32,0
Casada	195	39,0
União Estável	97	19,4
Divorciada	22	4,4
Viúva	26	5,2
Trabalha		
Sim	199	39,8
Não	301	60,2
Escolaridade		
Não alfabetizada/Alfabetizada	16	3,2
Fundamental completo/incompleto	230	46,0
Médio completo/incompleto	220	44,0
Superior completo/incompleto	34	6,8

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres cadastradas nas UBS do DS V. Recife-PE, 2015. (conclusão)

Fator avaliado	n	%
Renda familiar (salário mínimo)¹		
Sem renda/ <1	74	14,8
1	215	43,1
2	158	31,7
≥3	52	10,4
Religião		
Católica	254	50,8
Protestante	179	35,8
Outras	21	4,2
Sem religião	46	9,2
Cor		
Branca	95	19,0
Negra	75	15,0
Parda/morena/mulata	330	66,0

¹Salário mínimo vigente: R\$ 788,00.

Na avaliação da adequação do conhecimento, atitude e prática das mulheres acerca da prevenção do CCU, evidencia-se que 35,2% das mulheres apresentaram conhecimento adequado, 98% apresentavam atitudes positivas para a prevenção do CCU e 70,6% praticavam ações de prevenção ao câncer. Houve diferença estatística significativa entre a adequação do conhecimento, atitude e prática acerca da prevenção do câncer de colo uterino, indicando que o conhecimento possui maior prevalência de não-adequação, enquanto que a atitude e a prática apresentam prevalência significativamente maior de adequação (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação da adequação do conhecimento, atitude e prática das mulheres acerca do exame de prevenção do CCU. Recife-PE, 2015.

Avaliação do domínio	Domínio avaliado			p-valor¹
	Conhecimento	Atitude	Prática	
Adequado	176(35,2%)	490(98,0%)	353(70,6%)	<0,001
Não adequado	324(64,8%)	10(2,0%)	147(29,4%)	
p-valor ²	<0,001	<0,001	<0,001	-

¹p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade. ²p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Quanto ao conhecimento, 99,6% das mulheres ouviram falar no exame, 73,8% sabiam que era para prevenir o CCU, 58% citaram um cuidado adequado para a realização do exame e 62,7% afirmaram que o exame deveria ser feito anualmente. Dentre as outras finalidades do exame, 16,2% delas citaram prevenir doenças, detectar DST/AIDS e corrimentos vaginais.

Para a atitude, 98% consideraram necessária a realização do exame de prevenção do CCU. Com relação à prática, 94,6% aderem ao exame, 67,4% o fazem anualmente, 87% num intervalo não superior a três anos, 61,2% realizaram nos últimos 12 meses; 85,8% retornaram para receber o resultado e 10,4% não; 80,4% mostraram o resultado para o profissional de saúde e 15,6% não.

Ressalta-se que entre as mulheres que não realizam o exame (5,4%), os principais motivos referidos foram: falta de interesse (32,4%), vergonha (17,6%) e falta de tempo/ausência de parceiro sexual (ambos com 14,7%). Não gostar do exame e medo também foram referidos por 11,8 e 8,8% das mulheres, respectivamente. Algumas mulheres mencionaram mais de um motivo.

Na distribuição do conhecimento, atitude e prática adequados da mulher acerca da prevenção do câncer do colo uterino, segundo o perfil sociodemográfico, nota-se que a adequação do conhecimento é significativamente influenciada pelo número de filhos que possui ($p=0,044$), renda familiar ($p=0,011$) e religião ($p=0,018$), sendo observado maior associação ao conhecimento adequado nas mulheres que não tiveram filhos (50,8%), possuíam renda de 2 (dois) salários mínimos (41,1%) e seguiam outra religião, que não católica e protestante (52,4%). Os demais dados sociodemográficos não apresentaram significância na determinação do conhecimento. Quanto à atitude e à prática, nenhuma variável apresentou associação com a prevalência de adequação (Tabela 3).

Tabela 3 - Adequação do conhecimento, atitude e prática da mulher acerca da prevenção do câncer do colo uterino, segundo os fatores sociodemográficos. Recife-PE, 2015. (continua)

Fator avaliado	Domínio avaliado								
	Conhecimento			Atitude			Prática		
	Adeq.	Inadeq.	p-valor	Adeq.	Inadeq.	p-valor	Adeq.	Inadeq.	p-valor
Idade									
20 a 39 anos	65(34,6%)	123(65,4%)		185(98,4%)	3(1,6%)		140(74,5%)	48(25,5%)	
40 a 59 anos	92(34,3%)	176(65,7%)	0,509 ¹	262(97,8%)	6(2,2%)	0,801 ²	185(69,0%)	83(31,0%)	0,259 ¹
60 ou mais	19(43,2%)	25(56,8%)		43(97,7%)	1(2,3%)		28(63,6%)	16(36,4%)	
Número de filhos									
Nenhum	30(50,8%)	29(49,2%)		58(98,3%)	1(1,7%)		43(72,9%)	16(27,1%)	
1 filho	41(36,3%)	72(63,7%)	0,044 ¹	110(97,3%)	3(2,7%)	0,936 ²	82(72,6%)	31(27,4%)	0,901 ¹
2 filhos	49(30,6%)	11(69,4%)		157(98,1%)	3(1,9%)		112(70,0%)	48(30,0%)	
3 ou mais	56(33,3%)	112(66,7%)		165(98,2%)	3(1,8%)		116(69,0%)	52(31,0%)	
Estado Civil									
Solteira	54(33,8%)	106(66,3%)		155(96,9%)	5(3,1%)		104(65,0%)	56(35,0%)	
Casada	81(41,5%)	114(58,5%)		194(99,5%)	1(0,5%)		140(71,8%)	55(28,2%)	
União Estável	26(26,8%)	71(73,2%)	0,073 ¹	95(97,9%)	2(2,1%)	0,055 ²	71(73,2%)	26(26,8%)	0,123 ¹
Divorciada	9(40,9%)	13(59,1%)		20(90,9%)	2(9,1%)		20(90,9%)	2(9,1%)	
Viúva	6(23,1%)	20(76,9%)		26(100,0%)	0(0,0%)		18(69,2%)	8(30,8%)	
Trabalha									
Sim	74(37,2%)	125(62,8%)	0,450 ¹	195(98,0%)	4(2,0%)	1,000 ²	139(69,8%)	60(30,2%)	0,764 ¹
Não	102(33,9%)	199(66,1%)		295(98,0%)	6(2,0%)		214(71,1%)	87(28,9%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência. ²p-valor do teste Exato de Fisher.

Tabela 3 - Adequação do conhecimento, atitude e prática da mulher acerca da prevenção do câncer do colo uterino, segundo os fatores sociodemográficos. Recife-PE, 2015. (conclusão)

Fator avaliado	Domínio avaliado								
	Conhecimento			Atitude			Prática		
	Adeq.	Inadeq.	p-valor	Adeq.	Inadeq.	p-valor	Adeq.	Inadeq.	p-valor
Escolaridade									
Não alfabetizado/alfabetizado	2(12,5%)	14(87,5%)	0,066 ²	16(100,0%)	0(0,0%)	0,594 ²	10(62,5%)	6(37,5%)	0,238 ¹
Fundamental	73(31,7%)	157(68,3%)		223(97,0%)	7(3,0%)		154(67,0%)	76(33,0%)	
Médio	87(39,5%)	133(60,5%)		217(98,6%)	3(1,4%)		162(73,6%)	58(26,4%)	
Superior	14(41,2%)	20(58,8%)		34(100,0%)	0(0,0%)		27(79,4%)	7(20,6%)	
Renda familiar									
Sem renda/ Menos de 1 SM ³	14(18,9%)	60(81,1%)	0,011 ¹	72(97,3%)	2(2,7%)	0,867 ²	49(66,2%)	25(33,8%)	0,698 ¹
1 SM	78(36,3%)	137(63,7%)		210(97,7%)	5(2,3%)		156(72,6%)	59(27,4%)	
2 SM	65(41,1%)	93(58,9%)		155(98,1%)	3(1,9%)		109(69,0%)	49(31,0%)	
3 ou mais SM	19(36,5%)	33(63,5%)		52(100,0%)	0(0,0%)		38(73,1%)	14(26,9%)	
Religião									
Católica	88(34,6%)	166(65,4%)	0,018 ²	248(97,6%)	6(2,4%)	0,399 ²	183(72,0%)	71(28,0%)	0,886 ²
Protestante	69(38,5%)	110(61,5%)		177(98,9%)	2(1,1%)		124(69,3%)	55(30,7%)	
Outras	11(52,4%)	10(47,6%)		21(100,0%)	0(0,0%)		15(71,4%)	6(28,6%)	
Sem religião	8(17,4%)	38(82,6%)		44(95,7%)	2(4,3%)		31(67,4%)	15(32,6%)	
Cor									
Branca	32(33,7%)	63(66,3%)	0,884 ¹	93(97,9%)	2(2,1%)	0,314 ²	66(69,5%)	29(30,5%)	0,804 ¹
Negra	28(37,3%)	47(62,7%)		72(96,0%)	3(4,0%)		51(68,0%)	24(32,0%)	
Parda/morena/mulata	116(35,2%)	214(64,8%)		325(98,5%)	5(1,5%)		236(71,5%)	94(28,5%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência. ²p-valor do teste Exato de Fisher. ³Salário mínimo vigente: R\$ 788,00.

Na análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento adequado, observa-se que as variáveis que permaneceram conjuntamente significativas para a determinação do conhecimento adequado foram: número de filhos, renda familiar e religião. O grupo de mulheres que não tem filhos apresenta maior associação com o conhecimento adequado (52%) acerca do exame de prevenção do que o grupo de mulheres com 3 (três) ou mais filhos. Na comparação do grupo de mulheres que possui 1 (um) filho e 2 (dois) filhos com o grupo de mulheres que tem 3 (três) ou mais filhos, não houve diferença significativa da prevalência de conhecimento acerca do exame de prevenção.

Na comparação da prevalência de conhecimento adequado entre os grupos de renda familiar, o grupo de mulheres sem renda foi o que apresentou menor associação ao conhecimento adequado, enquanto que as mulheres com 1, 2 e 3 ou mais salários mínimos de renda apresentaram, respectivamente, 79%, 107% e 94% a mais de associação com o conhecimento adequado acerca do exame de prevenção e, em todas as comparações com o grupo sem renda, a diferença foi significativa.

Quanto à religião, o grupo de mulheres sem religião foi o que apresentou menor associação ao conhecimento adequado. Ao comparar a prevalência com o grupo católico, o protestante e o grupo das que possuem outras religiões, verificou-se que o aumento na associação com o conhecimento adequado nesses grupos é, respectivamente, 92%, 120% e 166%. Ainda se observa que, na comparação com o grupo protestante e com o grupo que tem outras religiões a diferença foi significativa ($p=0,020$ e $0,011$, respectivamente) [Tabela 4]:

Tabela 4 - Ajuste do modelo de Poisson para o conhecimento adequado do CCU. Recife-PE, 2015.

Fator avaliado	Conhecimento adequado		
	RP	IC(95%)	p-valor ¹
Número de filhos			
Nenhum	1,52	1,11 - 2,08	0,009
1 filho	1,04	0,76 - 1,44	0,789
2 filhos	0,90	0,66 - 1,24	0,523
3 ou mais	1,00	-	-
Renda familiar (salário mínimo)²			
Sem renda/<1	1,00	-	-
1	1,79	1,08 - 2,96	0,025
2	2,07	1,24 - 3,47	0,005
≥ 3	1,94	1,08 - 3,50	0,027
Religião			
Católica	1,92	0,99 - 3,73	0,053
Protestante	2,20	1,13 - 4,27	0,020
Outras	2,66	1,25 - 5,64	0,011
Sem religião	1,00	-	-

¹p-valor do testes de Wald. ²Salário mínimo vigente: R\$ 788,00.

Discussão

As variáveis sociodemográficas do estudo mostram que a maioria das mulheres é de meia idade, multíparas, não trabalham, têm baixa escolaridade, são de baixa renda, católicas e de cor parda, morena ou mulata. Trata-se de uma população carente, com baixa escolaridade, decorrente da necessidade de entrar mais cedo no mercado de trabalho, para garantir o sustento da família. Percebe-se, então, que a maioria dessas mulheres são vítimas da desigualdade social existente no país. Conhecer a realidade da sua população é importante para que o enfermeiro possa traçar estratégias que tenham melhor alcance na comunidade, principalmente no que se refere ao acesso à informação e ao nível de escolaridade¹².

Os resultados da pesquisa evidenciam que as mulheres têm atitude adequada sobre a necessidade de realização do exame; têm prática adequada, porque realizam o exame, buscam o resultado e o mostram para um profissional de saúde, mas possuem conhecimento inadequado, por nunca ter ouvido falar do exame, ou já ouviu, mas não sabe para que serve, não soube dizer um cuidado necessário para a sua realização e/ou a periodicidade do mesmo.

O desconhecimento sobre o CCU, a importância do seu diagnóstico precoce e do exame de prevenção também é um problema mundial, referido em estudos internacionais em que as mulheres possuem conhecimento baixo sobre a temática¹³⁻¹⁵, passam mais de três anos sem realizar o exame¹³ ou não o realizam¹⁴⁻¹⁵ por sentirem vergonha¹⁴, por falta de tempo¹⁴ e recomendam a educação como estratégia para modificar este cenário¹³⁻¹⁴ sendo o enfermeiro o principal responsável por esta atividade¹³.

Ao analisar separadamente as variáveis relacionadas ao conhecimento, apesar de 99,6% das mulheres terem ouvido falar sobre o exame Papanicolaou, apenas 35,2% delas foram classificadas como tendo o conhecimento adequado. Isso demonstra que as mulheres sabem da existência do exame, mas desconhecem a sua finalidade, os cuidados antes da realização e/ou sua periodicidade. Realizam o exame porque é solicitado pelos profissionais das equipes de saúde¹⁴ e esses, por sua vez, não promovem o conhecimento adequado a essas mulheres, por meio de educação em saúde. Atingir a meta de exames realizados mensalmente garante o repasse financeiro ao Município¹⁶, preocupação que supera o incentivo a realização de ações educativas com a população.

Estudo realizado em Fortaleza (CE), que objetivou avaliar o CAP do exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde, obteve resultado semelhante com a presente pesquisa, pois constatou que apenas 40,4% obtiveram conhecimento adequado. Apesar de a maioria das mulheres (98,4%) terem ouvido falar do exame, somente

54,8% sabiam que era para prevenir o CCU. A maior parte respondeu que a finalidade do exame é detectar DST, HIV e corrimentos vaginais. Não havia na unidade pesquisada, atividades educativas sobre o tema, ressaltando a importância da educação em saúde na prevenção do CCU. Destacaram o distanciamento do enfermeiro nessas atividades em detrimento das consultas⁷.

É preocupante o desconhecimento da finalidade do exame de prevenção do CCU e sua associação ao tratamento de corrimentos e infecção vaginal, principal motivo pelo qual procuram a UBS e ainda à detecção do HIV, provavelmente por também não se prevenirem contra o vírus, estando mais expostas à infecção pelo HPV, principal causador do CCU. Desconhecem que detectar essa doença no estágio inicial aumenta as chances de cura.

Tal fato demonstra a inexistência de ações educativas para esse público, ou a ineficiência das que vem sendo realizadas. Provavelmente, essas mulheres recebem informações em campanhas de saúde de massa, verticalizadas e impositivas, que ditam comportamentos corretos. A maioria destas campanhas utilizam estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, que não leva em consideração a escolaridade, as habilidades de linguagem e a cultura da população. Isso significa não apenas transmitir informações cientificamente corretas sobre a prevenção do CCU, mas fazê-lo de acordo com a capacidade dos diferentes estratos sociais. As estratégias de educação em saúde devem ser longitudinais, as quais não se limitam a ações pontuais, e sim, de forma contínua e periódica com o mesmo grupo de pessoas, promovendo assim espaços apropriados para o empoderamento dos sujeitos por meio do conhecimento que os leva a uma tomada de decisão consciente¹⁷.

No entanto, a informação pode ser entendida por algumas mulheres e por outras não. A eficácia do papel do enfermeiro como educador é medido não por quanto conteúdo foi ministrado, mas pelo quanto a pessoa apreendeu¹⁸. Um dos grandes desafios do enfermeiro como profissional que faz educação em saúde é estar apto para construir relações interpessoais por meio do diálogo, escuta e humanização. Essa prática perpassa, pela compreensão do enfermeiro sobre o significado do seu fazer profissional.

Quanto à atitude, as mulheres possuem adequação (98%) e observa-se que muitas, apesar de não terem conhecimento adequado, possuem atitudes corretas com relação ao exame. Resultados semelhantes também são observados em outros estudos realizados em Uberaba-MG¹², Picos-PI¹⁹ e Juiz de Fora-MG²⁰ quando constataram que 98%¹², 97,4%¹⁹ e 88%²⁰ delas foram classificadas com atitude adequada frente ao exame. A atitude adequada

pode interferir positivamente para uma boa prática de saúde¹⁹, pois reflete o que a mulher pensa sobre o exame e achá-lo importante predispõe sua adesão.

A prática foi adequada em 70,6% das participantes. Pesquisa realizada em Iporá-GO apresentou resultado semelhante em que 67,6% das mulheres foram classificadas com prática adequada e a maioria delas (72,8%) realizam o exame com intervalo não superior a três anos⁷. Em outra, realizada em Juiz de Fora-MG, 73,5% realizam o exame no intervalo mínimo de um ano, sendo consideradas com prática adequada²⁰.

A prática adequada pode ser resultado de campanhas de saúde ou convites isolados, sem o devido conhecimento do por que devem realizar esse exame anualmente e a que ele se destina. O desconhecimento do assunto pode levá-las à não adesão. Foi comprovado em estudo de inquérito CAP realizado em Manaus-AM que o conhecimento adequado propicia a procura espontânea pelo exame²¹.

À prática inadequada está associado o não retorno para receber o resultado e tampouco mostrá-lo a algum profissional de saúde, dificultando o acompanhamento, a integralidade e a continuidade da assistência, acarretando, muitas vezes, a intervenção apenas nas fases mais avançadas da doença⁷. Tal comportamento foi justificado pelas mulheres devido a demora de alguns serviços na entrega dos resultados e, às vezes, pela perda destes. Entretanto, deve-se levar em consideração a importância que essas mulheres dão ao exame e à sua própria saúde. É necessário o desenvolvimento de programas efetivos de educação em saúde a fim de auxiliar os indivíduos a reconhecerem e modificarem comportamentos de risco, adotarem ou manterem práticas saudáveis e a fazerem uso apropriado dos serviços de saúde¹⁸.

Nesta pesquisa, dentre as mulheres que não realizam o exame, o principal motivo relatado foi a falta de interesse, seguido da vergonha, falta de tempo, ausência de parceiro, não gostar do exame e medo. O desinteresse leva a uma prática negativa e pode estar relacionado ao desconhecimento dos benefícios do exame e às crenças e mitos de cada mulher²². Algumas só procuram consulta com profissional de saúde quando apresentam queixas ginecológicas, não tendo assim o hábito da prevenção²³ e outras, por não terem mais parceiro sexual, acreditam não ser mais necessário realizar o exame²⁴. Vale salientar que a doença se desenvolve lentamente e, na maioria das vezes, só se manifesta em estágios avançados, tornando essas mulheres mais susceptíveis⁴.

A vergonha, o medo de realizar o exame e do resultado são barreiras que despertam tensões emocionais, mas que podem ser superadas. Para isso, é necessário que o enfermeiro leve em consideração questões subjetivas, como o pensar e o sentir da mulher, sendo

importante a formação de vínculo entre profissional e a usuária. Essa relação é indispensável para minimizar esses sentimentos e incentivar a adesão²⁵.

Algumas mulheres percebem o exame de prevenção como um processo agressivo e invasor que afeta seu emocional e, por isso, não gostam de realizá-lo²⁶. Conhecer o próprio corpo ainda é um desafio para muitas mulheres. Fatores históricos e culturais contribuíram para que fossem pouco encorajadas a seu autoconhecimento, com isso atingem a fase adulta com tabus, mitos e crenças sobre seus órgãos reprodutivos. A exposição corporal aflora sentimentos de vergonha e constrangimento²⁷.

Cada mulher é um ser único e estas particularidades devem ser levadas em consideração pelo enfermeiro, que é o responsável pela coleta do exame na unidade de saúde, adotando uma postura acolhedora por meio da construção de vínculo e identificação dos saberes e percepções que as mulheres têm acerca do exame. Isso levará a uma aproximação da realidade da mulher e uma maior interação entre profissional/usuária permitindo ações de educação em saúde mais eficientes. Os profissionais que atuam na atenção básica, por estarem mais próximos da comunidade, podem estabelecer o vínculo com as pessoas, adquirindo, assim, confiança para discutir as representações sociais/culturais individuais sobre a sexualidade e a importância da prevenção do CCU²⁸.

Quanto a associação entre os aspectos sociodemográficos e o CAP, a renda familiar apresentou associação significativa com o conhecimento. Mulheres que possuíam renda familiar de dois salários mínimos foram associadas com o conhecimento adequado sobre a prevenção do CCU quando comparadas com as que têm menor renda. Nesse estudo, embora não apresentados os dados, as mulheres que possuíam renda familiar de dois ou mais salários mínimos tiveram melhor escolaridade (ensino médio completo ou incompleto) do que as com renda familiar de um salário mínimo ou menos (ensino fundamental completo ou incompleto).

Apesar de a escolaridade não ter influenciado no CAP das mulheres sobre o assunto, sabe-se que uma melhor condição socioeconômica favorece o acesso ao estudo formal, oportunizando a aquisição de conhecimento²⁹. A maior renda familiar proporciona mais acesso aos meios de comunicação e também aos serviços de saúde, pois algumas utilizam planos de saúde ou pagam consulta particular para realizar o exame. As formas pelas quais a renda afeta a saúde podem ser entendidas pelo uso da renda na aquisição de bens e serviços de saúde, acesso aos serviços de saúde, condições de moradia e da educação²⁹. O nível socioeconômico também influencia na prática, pois quanto menor o poder aquisitivo da população, maior a diminuição na cobertura do exame, havendo aumento significativo na prevalência de mulheres que não o realizam³⁰.

Fatores socioculturais e econômicos influenciam no conhecimento sobre a percepção do exame preventivo como detector precoce do CCU, tanto na decisão de ir ou não fazer o exame, quanto na percepção que elas têm sobre sua importância³¹. A prática é associada à renda familiar, pois pertencer às classes sociais mais baixas ocasiona a não adesão ao exame²⁴.

O número de filhos apresentou associação estatística com o conhecimento, uma vez que não ter filhos esteve associado a um conhecimento adequado sobre a temática. Apesar de não expostos os dados, quando analisada a relação entre o número de filhos e a escolaridade, obteve-se significância estatística. As mulheres sem filhos ou com apenas um filho tiveram melhor escolaridade (ensino médio completo ou incompleto) do que as mulheres com três ou mais filhos (ensino fundamental completo ou incompleto). A ausência de filhos diminui a sobrecarga da mulher com os afazeres domésticos e assim lhe sobra mais tempo para cuidar de si, estudar e participar de atividades educativas sobre a prevenção do CCU.

O aumento do salário mínimo pode ter contribuído para as mulheres terem mais acesso aos meios contraceptivos e não ficarem apenas dependendo dos que são distribuídos nas unidades de saúde, que, muitas vezes, são insuficientes para atender à demanda. A taxa de fecundidade vem diminuindo no Brasil. O país está caminhando para um padrão de fecundidade mais tardio, pois o número de mulheres que engravidam antes dos 30 anos está diminuindo³². Muitas passam a ter menos filhos do que o desejado pelas dificuldades de garantir uma vida de qualidade para as crianças e de conciliar o trabalho produtivo e reprodutivo. Dessa forma, investem inicialmente na vida profissional, para, assim, garantir um futuro melhor aos seus descendentes³³.

A religião também apresentou associação estatisticamente significativa com o conhecimento. Apesar de a maioria das mulheres terem religião católica (50,8%), pertencer à religião espírita ou afro-brasileira demonstrou relação com o conhecimento adequado, pois as que se declararam católicas podem não ser praticantes da religião. Indivíduos que praticam alguma religião têm redes sociais maiores, bem como interações sociais mais frequentes do que indivíduos não praticantes. A religião pode influenciar nos comportamentos de saúde, pois incentiva hábitos saudáveis de vida, fornece apoio social, reforça a autoestima e a autoeficácia. O envolvimento com uma organização religiosa pode trazer benefícios sociais como maior acesso a serviços e informações de saúde e maior motivação para manter um estilo de vida saudável, pois algumas fornecem orientações normativas, visando aumentar os comportamentos positivos em saúde³⁴. O enfermeiro pode utilizar desses espaços para realizar ações educativas com a comunidade.

A alta proporção de mulheres com conhecimento inadequado sobre a prevenção do CCU detectado na presente pesquisa evidencia a necessidade de o profissional repensar sua prática preventiva e, assim, modificar a realidade dessas mulheres, para que se tornem agentes multiplicadores dentro e fora da comunidade e, assim, incentivar mais mulheres, principalmente aquelas que não realizam o exame ou o realizam fora da periodicidade recomendada.

Assim, ressalta-se a importância do papel do enfermeiro como educador. Mulheres que recebem informação dos profissionais de saúde têm proporção maior de realização do exame quando comparadas àquelas que foram informadas por outras fontes²¹. Essas informações devem ser compartilhadas por meio da educação em saúde pautada na participação, com o objetivo de ensinar para a promoção e a manutenção da saúde, despertando na cliente sua capacidade em usar seu potencial e habilidades. A mulher não pode ser obrigada a aprender; entretanto uma abordagem educativa eficaz envolve ativamente os educandos no processo educativo. A educação efetiva e a participação do aprendiz andam lado a lado. O enfermeiro deve ser um facilitador, criando um ambiente favorável à aprendizagem, que motive e possibilite o indivíduo a querer aprender¹⁸.

Como estratégias de educação em saúde, o enfermeiro pode utilizar tecnologias educativas, como vídeos educativos, folhetos, guias ilustrativos, ações educativas grupais e individuais³⁵. Estes recursos têm-se mostrado eficientes para promover o conhecimento adequado e a adesão de mulheres ao exame de prevenção do CCU e demonstram que o conhecimento prévio sobre o assunto ainda é deficiente. Assim, as ações educativas não devem apenas transmitir o conhecimento, mas também fazer com que as mulheres reflitam sobre sua condição de saúde, adotando práticas para sua melhoria³⁶.

Para diminuir a mortalidade pelo CCU, tendo em vista ser uma doença evitável, é preciso que os programas de rastreamento estejam mais focados e efetivos com relação à divulgação, orientação e oferta do exame, além de haver uma participação mais efetiva dos profissionais de saúde, do poder público e da comunidade. Também é necessário que haja busca ativa e garantia de acesso à realização do exame às populações mais distantes e com pouco conhecimento, facilitando a entrega dos resultados e incentivando o retorno com o enfermeiro³¹.

Assim, faz-se necessário repensar o modelo de saúde vigente, que prioriza números em detrimento dos saberes e propor ações governamentais dentro das políticas de saúde voltadas para a mulher incluindo a educação em saúde, garantindo assim, seu empoderamento e cuidado com a saúde, refletido na adesão ao exame, ora discutido nesta pesquisa.

Conclusão

De acordo com a literatura, as mulheres deste estudo apresentam algumas características sociodemográficas condizentes com fatores de risco para o desenvolvimento do CCU, como a idade entre 40 e 59 anos e possuir de três ou mais filhos. Somadas a isso, algumas condições desfavorecem as mulheres no acesso à realização do exame preventivo do CCU, como a baixa escolaridade e a baixa renda familiar. Dentre essas características, ter renda familiar de dois a três salários mínimos, não ter filhos e ter religião espírita ou afro-brasileira, estiveram associados ao conhecimento adequado.

As participantes apresentaram prevalências de atitude e prática adequadas quando comparadas ao conhecimento, o que indica que elas praticam o exame dentro dos critérios recomendados pelo Ministério da Saúde, consideram o exame necessário, mas desconhecem sua finalidade. Esses achados podem ser justificados pelo fato de haver incentivo por parte dos profissionais de saúde para que elas realizem o exame preventivo do CCU, contudo, as ações educativas que promovam conhecimento adequado precisam ser melhoradas, no sentido de atender às necessidades da mulher.

Embora a maioria das mulheres do estudo esteja com uma prática adequada quanto à realização do exame preventivo do CCU, ainda existem mulheres que não o realizam com regularidade ou que nunca o realizaram. Conhecer esta realidade é importante para a determinação e seleção de estratégias educativas com o objetivo de empoderá-las sobre o tema para que se tornem agentes multiplicadoras na prevenção do CCU. Para tal, é necessário que o enfermeiro exerça o seu papel de educador na atenção básica, gerenciando melhor suas atividades, para que não haja o distanciamento das práticas educativas na comunidade.

Referências

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015 [citado 2016 jan 07]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dados-apresentados.pdf>

2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

3 Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

4 Melo EMF. A importância da realização do exame preventivo em mulheres acima dos 40 anos. *Saúde Coletiva*. 2011;8(54):249-52 [citado 2016 jan 10]. Disponível em: www.redalyc.org/pdf/842/84221108006.pdf

5 Lucena LT, Crispim PTB, Zãn DG, Ferrari JO. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2011;2(2):45-50. DOI: 10.5123/S2176-62232011000200007 [citado 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v2n2/v2n2a07.pdf>

6 Oliveira WMA, Barbosa MA, Mendonça BOM, Silva AA, Santos LCF, Nascimento LCD. Adesão de mulheres de 18 a 50 anos ao exame colpocitológico na estratégia saúde da família. *Rev. Enf. Ref*. 2012;3(7):15-22. Acesso em: 12/03/2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII11139>.

7 Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB, Castelo ARP, Costa LQ, Oliveira RG. Knowledge, attitude and practice related to the pap smear test among users of a primary health unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2011;19(1): 97-105 [citado 2016 jan 08]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100014>

8 Silva MRB, Silva LGP. Knowledge, attitudes and practice in the prevention of cervix câncer among basic health unit west-RJ. *R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online*. 2012; 4(3):2483-92 [citado 2016 jan 08]. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1805/www.media.wix.com>

9 Santos AD, Santos PMA, Santos MB, Santos AMD. Conhecimento de mulheres sobre o câncer de colo uterino em um município do nordeste do Brasil. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*. 2015; 5(3):64-76 [citado 2016 jan 09]. Disponível em: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/174/>

10 Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. WHO/HTM/STB/2008.46 [citado 2015 dez 23] Disponível em: https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=27d26d7ca7&view=att&th=148954c1c0a3698e&attid=0.1&disp=safe&realattid=f_i0bk15db0&zw

11 Anjos SJSB. Vídeo educativo como tecnologia de apoio à prevenção do câncer de colo uterino [tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2011.

12 Mendes LC, Silveira CF, Silva SR. Conhecimento de mulheres a respeito do exame de papanicolaou e do autoexame das mamas. *REAS [Internet]*. 2013;2(3):4-17 [citado 2016 jan 09]. Disponível em: www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/403

13 Sogukpınar N, Saydam BK, Can HO, Hadımlı A, Bozkurt OD, Yücel U, et al. Assessment of Cervical Cancer Risk in Women between 15 and 49 Years of Age: Case of Izmir. *Asian*

Pacific J Cancer Prev. 2013;14(3):2119-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.3.2119>.

14 Guvenc G, Akyuz A, Yenen MC. Effectiveness of Nursing Interventions to Increase Pap Smear Test Screening. *Research in Nursing & Health*. 2013;(36):146–57. DOI: 10.1002/nur.21526.

15 Piwowarczyk L, Bishop H, Saia K, Crosby S, Mudymba FT, Hashi NI, et al. Pilot evaluation of a health promotion program for african immigrant and refugee women: The UJAMBO Program. *J Immigrant Minority Health*. 2013;(15):219–23. DOI 10.1007/s10903-012-9611-9.

16 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.

17 Torres HC, Amaral MA, Amorim MM, Cyrino AP, Bodstein R. Capacitação de profissionais de atenção primária à saúde para educação em diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(6):751-6.

18 Bastable SB. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

19 Neri EAR, Moura MSS, Penha JC, Reis TGO, Aquino PS, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame papanicolaou de prostitutas. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013;22(3):731-38 [citado 2016 jan 09]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300020

20 Afonso VW, Ribeiro LC, Bertocchi FM, Diniz ALL, Passos CS, Paula EA. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca de exames ginecológicos preventivos por trabalhadoras do terceiro setor. *HU Revista, Juiz de Fora*. 2011;37(4):431-39 [citado 2016 jan 10] Disponível em: <http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/1753>

21 Corrêa DAD, Villela WV, Almeida AM. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. *Texto contexto enferm. Florianópolis*. 2012;21(2):395-00 [citado 2016 jan 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a18v21n2.pdf>

22 Silva SR, Silveira CF, Gregório CCM. Motivos alegados para a não realização do exame de papanicolaou, segundo mulheres em tratamento quimioterápico contra o câncer do colo uterino. *remE – Rev. Min. Enferm*. 2012;16(4):579-87 [citado 2016 jan 05] Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-23941>

23 Santiago TR, Andrade MS, Paixão GPN. Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolaou. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro*. 2014;22(6):822-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.6368> [citado 2016 jan 09]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a16.pdf>

- 24 Jorge RJB, Sampaio LRL, Diógenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LL. Fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou. *Rev Rene*, Fortaleza. 2011;12(3):606-12 [citado 2016 jan. 06]. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a22v12n3.pdf
- 25 Peretto M, Drehmer LBR, Bello HMR. O não comparecimento ao exame preventivo do câncer de colo uterino: razões declaradas e sentimentos envolvidos. *Cogitare Enferm*. 2012;17(1):29-36 [citado em 2015 nov 11]. Disponível em: ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/26371/17564
- 26 Wunsch S, Oliveira SG, Garcia RP, Domingue IB. Coleta de citopatológico de colo uterino: saberes e percepções de mulheres que realizam o exame. *R. Enferm. UFSM* 2011;1(3):360-68 [citado 2016 jan 05]. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2543>
- 27 Moura ADA, Silva SMG, Farias LM, Feitoza AR. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. *Rev. Rene*. 2010;11(1):94-104 [citado 2016 jan. 05]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/365/pdf>
- 28 Santos AMA, Jacinto PA, Tejada CAO. Causalidade entre Renda e Saúde: Uma Análise Através da Abordagem de Dados em Painel com os Estados do Brasil. *Est. Econ.*, São Paulo, 2012;42(2):229-61 [citado 2016 Abr 05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ee/v42n2/01.pdf>
- 29 Di Lanna CC, Costa TV, Toletto Neto JL. Conhecimento sobre o câncer de colo uterino e o estigma acerca do Exame Papanicolaou. *Rev. Odontologia (ATO)*, Bauru, SP. 2014;14(9):531-45 [citado 2016 jan 09]. Disponível em: http://revista.actiradentes.com.br/2014/textos/Trabalho_Revista_ATO_Cancer_do_Colo_do_Utero_2014.pdf
- 30 Santos MA, Audickas RC, Coutinho SC, Silva J, Souza LN. A importância da prevenção do câncer do colo uterino: em pauta o exame de papanicolaou. São Paulo: *Revista Recien*. 2014; 4(12):15-20 [citado 2016 jan 10] Disponível em: www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/download/78/144
- 31 Brischiliari SCR, Dell'Agnolo CM, Gil LM, Romeiro TC, Gravena AAF, Carvalho MDB, Pelloso SM. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2012;28(10):1976-84 [citado 2016 jan 09]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012001000015&script=sci_arttext
- 32 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000/2010 [internet]. [citado 2016 jan 18]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>
- 33 Martine G, Aves JED. Dinâmica demográfica e sua relevância econômica e social no Brasil: Implicações para o programa UNFPA 2011-2015. 2011 [citado 2016 abr 06]. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/cairo20/dinamica_demografica.pdf

34 McQuillan J, Benjamins M, Johnson DR, Johnson KM, Heinz CR. Specifying the Effects of Religion on Medical Helpseeking: The Case of Infertility. *Soc Sci Med.* 2010;71(4):734–42. doi:10.1016/j.socscimed.2010.04.033 [citado 2016 jan 09]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910170/pdf/nihms214444.pdf>

35 Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadora. *Agir em saúde: um desafio para o público.* 2^a ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p 71-112.

36 Pirzadeh A, Mazaheri MA. The effect of education on women's practice based on the health belief model about pap smear test. *Int J Prev Med.* 2012;3(8):585-90 [citado 2016 jan. 11]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22973490>

6 CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que menos da metade das mulheres obtiveram conhecimento adequado quanto ao exame de prevenção do câncer de colo uterino, apesar de terem atitude e prática adequadas.

Algumas características sociodemográficas das mulheres estiveram associadas ao conhecimento adequado, dentre elas as mulheres sem filhos, com renda familiar de dois salários mínimos e com religião espírita ou afro-brasileira. É importante destacar, de acordo com a literatura, que essa população possui alguns fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia cérvico-uterina, entre eles: multiparidade e idade acima dos 30 anos.

Apesar de quase todas as mulheres terem sido classificadas com atitude adequada, ou seja, achavam o exame preventivo do CCU necessário, uma quantidade menor teve prática adequada. Provavelmente, se essas mulheres tivessem porcentagem de conhecimento maior, seria refletido numa prática mais adequada.

Ainda, algumas mulheres não voltaram para receber o resultado do exame e outras não mostraram o resultado ao enfermeiro ou médico da unidade. Tão importante quanto orientar as mulheres para a realização do exame é chamar a atenção para que busquem e mostrem o resultado.

Por ser um exame considerado constrangedor por algumas mulheres, devido ao fato de ter que se despir para realizá-lo, algumas delas não o realizam e, quando questionadas sobre os motivos, elencaram: falta de interesse, vergonha, falta de tempo/ausência de parceiro sexual, não gostar e medo. No contexto feminino, cada mulher é um ser único e possui sua própria singularidade para agir e compreender de maneira diferente no que diz respeito ao exame de prevenção do CCU. Essas justificativas devem ser trabalhadas.

Nessa perspectiva, as mulheres deste cenário, tem uma prática relativamente adequada, mas não sabem por que realizam o exame, pois desconhecem sua finalidade. As informações obtidas podem contribuir para o conhecimento das especificidades locais e para a compreensão das iniquidades existentes. Faz-se necessário repensar as políticas voltadas para a saúde da mulher no que se refere a educação em saúde para o seu empoderamento.

Dentre as estratégias educativas que podem ser utilizadas pelo enfermeiro, sendo esse o principal responsável pela realização da educação em saúde dentro das unidades, destaca-se o vídeo educativo, folhetos, convites impressos, guias ilustrativos, mensagens televisivas, contato telefônico, visita domiciliar e ações educativas individuais e grupais. Essas

tecnologias foram utilizadas para conhecer o contexto social em que a mulher está inserida, avaliar o nível de conhecimento que detêm sobre o assunto e interagir com a população objetivando a adesão ao exame preventivo.

Recomenda-se que é preciso maior envolvimento do enfermeiro nas ações educativas com a comunidade com o objetivo de discutir sobre a importância e finalidade do exame de Papanicolaou, bem como esclarecer os fatores de risco dessa neoplasia focando nas medidas preventivas primárias e secundárias aumentando o interesse daquelas que não o realizam ou o fazem fora dos períodos recomendados. Para isso é necessário que o profissional reconheça o seu papel como educador e formule estratégias para superar algumas barreiras, como o melhor gerenciamento do seu tempo no trabalho, busque parcerias com os outros membros da equipe de saúde para diminuir sua sobrecarga de trabalho e se empodere dos preceitos da educação em saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero – Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- 3 Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- 4 Organização Pan-Americana da Saúde. Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Washington, DC : OPAS, 2013.
- 5 Ohara ECC, Ribeiro MP, Gondariz R, Nunes MM, Ocanha AM. Saúde da Mulher. “In”: Ohara ECC, Saito RXS. Saúde da Família. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2010. p. 207-60.
- 6 Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília-DF: 2009.
- 7 Bastable SB. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 8 Sogukpınar N, Saydam BK, Can HO, Hadımlı A, Bozkurt OD, Yücel U, Kocak YC, Akmese ZB, Demir D, Ceber E, Özentürk G. Assessment of Cervical Cancer Risk in Women between 15 and 49 Years of Age: Case of Izmir. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2013;14(3):2119-25. DOI:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.3.2119>
- 9 Piwowarczyk L, Bishop H, Saia K, Crosby S, Mudymba FT, Hashi NI, et al. Pilot evaluation of a health promotion program for african immigrant and refugee women: The UJAMBO Program. *J Immigrant Minority Health.* 2013;(15):219–23. DOI 10.1007/s10903-012-9611-9.
- 10 Yücel U, Çeber E, Özentürk G. Efficacy of a Training Course Given by Midwives Concerning Cervical Cancer Risk Factors and Prevention. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.* 2009;10(3):437-42.
- 11 Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB, Castelo ARP, Costa LQ, Oliveira RG. Knowledge, attitude and practice related to the pap smear test among users of a primary health unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2011;19(1): 97-105 [citado 2016 jan 08]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100014>
- 12 Santiago TR, Andrade MS, Paixão GPN. Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolaou. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro.

2014;22(6):822-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.6368> [citado 2016 jan 09]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a16.pdf>

13 Kivistik A, Lang K, Baili P, Anttila A and Veerus P. Women's knowledge about cervical cancer risk factors, screening, and reasons for non-participation in cervical cancer screening programme in Estonia. *BMC Women's Health (Biomed Central)*. 2011;11(43):1-6.

14 Gauss JW, Mabiso A, Williams KP. Pap Screening Goals and Perceptions of Pain among Black, Latina, and Arab Women: Steps toward Breaking down Psychological Barriers. *J Cancer Educ*. 2013;28(2):367-74. doi:10.1007/s13187-012-0441-1.

15 Love GD, Mouttapa M, Tanjasiri SP. Everybody's talking: using entertainment-education video to reduce barriers to discussion of cervical cancer screening among Thai women. *Health Educ Res*. 2009;24(5):829-38. DOI: 10.1093/her/cyp019

16 Guvenc G, Akyuz A, Yenen MC. Effectiveness of Nursing Interventions to Increase Pap Smear Test Screening. *Research in Nursing & Health*. 2013; 36(2): 146-57.

17 Lemal M, Van den Bulck J. Television news coverage about cervical cancer: impact on female viewers' vulnerability perceptions and fear. *European Journal of Public Health*. 2010;21(3):381-86. doi:10.1093/eurpub/ckq040

18 Brischiliari SCR, Dell'Agnolo CM, Gil LM, Romeiro TC, Gravena AAF, Carvalho MDB, Peloso SM. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(10):1976-84. Acesso em 12/03/2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000015>.

19 Anjos SJSB. Vídeo educativo como tecnologia de apoio à prevenção do câncer de colo uterino [tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2011.

20 Afonso VW, Ribeiro LC, Bertocchi FM, Diniz ALL, Passos CS, Paula EA. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca de exames ginecológicos preventivos por trabalhadoras do terceiro setor HU Revista, Juiz de Fora. 2011;37(4):431-39 [citado 2016 jan 10] Disponível em: <http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/1753>

21 Andrade MS, Almeida MMG, Araújo TM, Santos KOB. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014;23(1):111-20. Acesso em 26 mar 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100011>

22 Oliveira WMA, Barbosa MA, Mendonça BOM, Silva AA, Santos LCF, Nascimento LCD. Adesão de mulheres de 18 a 50 anos ao exame colpocitológico na estratégia saúde da família. *Rev. Enf. Ref*. 2012;3(7):15-22. Acesso em: 12/03/2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII11139>

23 Teixeira LA. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção do câncer de colo do útero no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro, 2015; 22(1):221-40 [citado 2015 nov 20]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000100013>

- 24 Löwy I. A woman's disease: the history of cervical cancer. New York: Oxford University Press. 2011. In: Teixeira LA. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção do câncer de colo do útero no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro, 2015; 22(1):221-40 [citado 2015 nov 20]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000100013>
- 25 Papanicolaou G, Traut H. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1941;42:193-206. In Teixeira LA. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção do câncer de colo do útero no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro, 2015; 22(1):221-40 [citado 2015 nov 20]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000100013>
- 26 Teixeira LA, Löwy I. Imperfect tools for a difficult job: colposcopy, “colpocytology” and screening for cervical cancer in Brazil. *Social Studies of Science*. 2011;41(4):585-608. DOI:10.1177/0306312711408380
- 27 Teixeira LA. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, supl.1, p.13-31. 2010 [citado 2015 Dez. 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500002
- 28 Teixeira LA, Porto MA, Noronha CP. O câncer no Brasil: passado e presente. Rio de Janeiro: Outras Letras. 2012.
- 29 Thuler LCS. Câncer do Colo do Útero no Brasil: Estado da Arte. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012;58(3):321-37 [citado 2015 dez 17]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/02_editorial.pdf
- 30 Rieper JP, Stel Filho JC. Considerações sobre frequência, diagnóstico e tratamento de câncer nos últimos 4 anos. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, v.11, n.1, p.66-78. 1941. In: Teixeira LA. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção do câncer de colo do útero no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro, 2015; 22(1):221-40 [citado 2015 nov 20]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000100013>
- 31 Teixeira, LA. O câncer na mira da medicina brasileira. *Revista Brasileira de História da Ciência*. 2009;2(1):104-17 [citado 2015 Dez. 22]. Disponível em: http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/images/site/pdfs/luiz_cancermira.pdf
- 32 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: 2006. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- 33 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

- 34 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.
- 35 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
- 36 Guerra MR, Gallo CVM, Azevedo e Silva G Mendonça. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005;51(3):227-34 [citado 2015 Dez. 21]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf
- 37 Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde. Declaração De Alma-Ata. 1978. Alma-Ata-URSS [Citado 2016 Abr. 1]. Disponível Em: [\]Http://Cmdss2011.Org/Site/Wp-Content/Uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.Pdf](http://Cmdss2011.Org/Site/Wp-Content/Uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.Pdf)
- 38 Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde. Carta De Ottawa. Ottawa, novembro de 1986 [citado 2016 Abr 1]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- 39 Pellegrini Filho A. World Conference on Social Determinants of Health. 2011. Rio de Janeiro- Brasil [citado 2016 Abr 1]. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdf/apresentacao_pellegrini.pdf
- 40 Viana MRP, Moura MEB, Nunes BMVT, Monteiro CFS, Lago EC. Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2013 dez; 21(esp.1):624-30 [citado 2015 nov 16]. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10038/7824>
- 41 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. O câncer e seus fatores de risco: o que a educação pode evitar? [Internet] 2ª ed. Rio de Janeiro; 2013. [citado 2015 dez 19]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/pdf_final_Cancerfatoresrisco.pdf
- 42 Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(3): 389-398 [citado 2015 dez 22] Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/08_artigo_enfermeiro_prevencao_cancer_colo_uterocotidiano_atencao_primaria.pdf
- 43 Mistura C, Mistura C, Silva RCC, Sales JRP, Melo MCP, Sarmento SS. Papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino na estratégia saúde da família. *Revista Contexto & Saúde*. 2011;10(20):1161-64 [citado 2015 nov. 16]. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/.../1467>
- 44 Ramos AL, Silva DP, Machado GMO, Oliveira EM, Lima DS. A atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero. *SANARE- Revista de Políticas Públicas*. 2014; 13(1):84-91 [citado 2015 nov. 17]. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/437/292>

45 Almeida AH, Soares CB. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem ,2011;19(3):[08 telas] [citado 2016 Abr 1]. Disponível em:

46 Magri CA. A educação em direitos humanos: uma abordagem a partir de Paulo Freire. Revista Espaço Pedagógico. 2012;19(1):44-63 [citado 2015 nov. 16]. Disponível em: www.upf.br/seer/index.php/rep/article/viewFile/2824/1901

47 Freire P. Educação e Mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

48 Moçambique. Ministério da Juventude e Desportos. Direcção de estudos projectos e planificação. Estudo sobre conhecimento, atitudes e práticas (CAP) relacionadas ao HIV-sida junto dos funcionários do MJD. Maputo, outubro 2010. 64p. [citado 2015 dez 23] Disponível em:

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=27d26d7ca7&view=att&th=148954c1c0a3698e&attid=0.7&disp=safe&realattid=f_i0bk15in6&zw

49 Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. WHO/HTM/STB/2008.46 [citado 2015 dez 23] Disponível em:

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=27d26d7ca7&view=att&th=148954c1c0a3698e&attid=0.1&disp=safe&realattid=f_i0bk15db0&zw

50 Fonsêca W, Godoi SDC, Silva JVB. Papanicolaou na terceira idade: conhecimento e atitude das idosas cadastradas em uma Estratégia de Saúde da Família da cidade de Itaporã – MS. RBCEH, 2010;7(3):357-69, [citado 2015 dez 23] Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/745/pdf>

51 Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescentes. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14 (1): 126-34 [citado 2015 dez 23] Disponível em: <https://mail.google.com/mail/u/0/#starred/148954c1c0a3698e?projector=1>

52 Fernandes RLV, Moura ERF, Feitoza AR, Evangelista DR, Oriá MOB. Conhecimento, atitude e prática relacionados ao preservativo feminino. Rev Rene. 2012; 13(4):755-65 [citado 2015 dez 23] Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1070/pdf>

53 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto- Enferm. 2008;17(4):758-64. [citado 2015 Fev. 16]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018

54 Critical Appraisal Skills Programme. Milton Keynes Primary Care Trust; 2002. Acesso em 20/10/2014 . Disponível em: http://www.columbia.edu/~mvp19/RMC/M3/CASP_Qual.pdf

55 Ursi ES. Prevenção de lesão de pele no perioperatório: Revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

56 Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-Based Practice: step by step. *Am J Nurs.* 2010;110(5):41-7.

57 Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.* 7. Ed – Porto Alegre: Artmet, 2011.

58 Fronteira I. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. *Acta Med Port* 2013 Mar-Apr;26(2):161-170 [citado 2016 Fev. 11]. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiz19WWu_KAhUMFZAKHRO9BOsQFggI1MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.actamedicaportuguesa.com%2Frevista%2Findex.php%2Famp%2Farticle%2Fdownload%2F3975%2F3223&usg=AFQjCNFoNHm-PGFWNR-_TgO1polrcaC67A&bvm=bv.113943164,d.Y2I&cad=rja

59 Cavalcanti H, Lyra MRB, Avelino E (Orgs.). *Mosaico Urbano do Recife. Exclusão Inclusão Socioambiental.* Recife: Massangana, 2008, 324p [citado 2015 Dez. 01]. Disponível em: http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste/livro%20MUR/livro_mur.pdf

60 Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.* [citado 2016 Fev. 04]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABPPE.def>

61 Arango HG. *Bioestatística: teórica e computacional: com banco de dados reais em disco.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Sr^a para participar, como voluntária, da pesquisa **Conhecimento, atitude e prática de mulheres relacionada à prevenção do câncer de colo uterino**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Francisca Márcia Pereira Linhares** [Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901 / Telefone: (81) 88612232 (pode fazer ligações a cobrar, se necessário) / e-mail: marciapl27@gmail.com. Em caso de dúvidas sobre o projeto, poderá também entrar em contato com a mestranda **Ester Marcele Ferreira de Melo** [Telefone: (81) 85884280/ e-mail: ester.mfm@gmail.com].

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser esclarecidas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- O objetivo desta pesquisa é avaliar o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino (CCU). Você será convidada a participar de uma entrevista, que será realizada com mulheres cadastradas na unidades de saúde e será aplicada pela pesquisadora ou por auxiliares de pesquisa. Na entrevista serão perguntados alguns dados de identificação da Sr^a e questões sobre o exame de prevenção do CCU. A entrevista terá duração de no máximo uma hora e poderá ser realizada na sua residência, durante uma visita domiciliar, ou na Unidade de Saúde que a Sr^a frequenta.
- Os riscos que a Sr^a corre em participar da pesquisa são mínimos, devido a algum

desconforto ou constrangimento, por responder questões de cunho pessoal e pela presença da equipe de pesquisa na sua residência, cansaço ou fadiga, por isso será lhe assegurado o direito de desistir de participar da pesquisa, podendo se retirar a qualquer momento, se assim for sua vontade. Pela sua participação não será oferecido nenhum tipo de pagamento e não haverá custos para a Sr^a.

- Como benefício direto desta pesquisa para as participantes será o esclarecimento de dúvidas quanto à temática, estimulando a troca de saberes. Dentre os benefícios indiretos esperados da pesquisa está o incentivo à realização do exame, colaborando assim na promoção da sua saúde.

Todas as informações contidas nesta pesquisa serão mantidas em segredo e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas, TCLE), ficarão armazenados em pastas, armários e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no Departamento de Enfermagem, na sala de Enfermagem Fundamental, no endereço citado, pelo período de mínimo cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assino, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e esclarecido as minhas dúvidas com o entrevistador, concordo em participar do estudo **Conhecimento, atitude e prática de mulheres relacionada à prevenção do câncer de colo uterino**, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.



Polegar direito

Local e data _____

Assinatura da participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite da voluntária em participar.

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B – Entrevista estruturada com as participantes da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO

UBS: _____ **Entrevistador:** _____ **Data:** _____

Nº ID

DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Idade

Número de filhos:

1.() nenhum 2.() 1 filho 3.() 2 filhos 4.() 3 ou mais filhos

N filhos

Estado civil:

1.() Solteira 2.() Casada 3.() União estável
4.() Divorciada 5.() Viúva

Est. Civil

Profissão: _____

Profissão

Trabalha? 1.() sim 2.() não

Trabalha

Ocupação: _____

Ocupação

Escolaridade:

1.() Não alfabetizada 2.() Alfabetizada 3.() Fundamental incompleto
4.() Fundamental completo 5.() Ensino médio incompleto
6.() Ensino médio completo 7.() Superior incompleto
8.() Superior completo

Escolar

Anos de estudo: _____

Anoest

Renda familiar:

1.() Sem renda 2.() Menos de 1 salário mínimo
3.() 1 salário mínimo 4.() 2 salários mínimos
5.() 3 ou mais salários mínimos

Renda

Religião:

1.() Católica 2.() Protestante 3.() Espírita 4.() Afro-brasileira
5.() Sem religião 6.() Outras: _____

Relig

Cor:

1.() branca 2.() negra 3.() parda/morena/mulata

Participa de algum grupo comunitário?

1.() sim, qual? _____ 2.() não

DADOS RELACIONADOS À PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO**Você já ouviu falar sobre o exame de prevenção do CCU?**

1 () sim 2 () não

Se SIM, onde ouviu?1() TV 2() rádio 3 () amigos 4() profissionais de saúde 5() família
6 () folder 7 () outros**Você já participou de alguma atividade educativa sobre CCU?**1 () sim, local _____ Qual atividade? _____
quem realizou? _____ 2() não**Você sabe para que serve este exame?**1() prevenir CCU 2() outras finalidades/quais _____
3() não sabe**Você poderia dizer os cuidados necessários para a realização do exame de prevenção do CCU? (O que a mulher NÃO deve fazer quando for realizar o exame?)**PRECONIZADOS: 1() não ter relação sexual 24 antes 2() não estar
menstruada 3() não usar duchas/cremes vaginais 48h antesNÃO PRECONIZADOS: 4() não ter relação sexual 3 dias antes 5()
higiene íntima 6() aparar os pelos pubianos 7() não sabe/não lembra**Qual a periodicidade de realização deste exame?**1() 6/6 meses 2() anualmente 3() 2/2 anos 4() 3/3 anos
5() mais de 3 anos 6() não sabe/não lembra 7() 3/3 anos caso tenha
dois exames normais com intervalo de 1 ano entre eles**Você acha que realizar o exame de prevenção é:**1() necessário 2() pouco necessário 3() desnecessário 4() não
sabe/não tem opinião**Seu parceiro (caso o tenha) acha que realizar o exame de prevenção é:**

1() necessário 2() pouco necessário 3() desnecessário 4() não

Cor Grupo Ouv Simond Ativ Sabserv Cuid Perio Prevé Parc

conversa com o parceiro sobre o assunto 5() não sabe/não tem opinião

Sua família acha que realizar o exame de prevenção é:

- 1() necessário, quem? _____ 2() pouco necessário
3() desnecessário 4() não conversa com a família sobre o assunto
5() não sabe/não tem opinião

Seus amigos/Suas amigas acham que realizar o exame de prevenção é:

- 1() necessário 2() pouco necessário 3() desnecessário 4() não conversa
com os(as) amigos(as) sobre o assunto 5() não sabe/não tem opinião

Você realiza o exame de prevenção?

- 1() sim 2() não

Caso SIM, com que periodicidade?

- 1() só fez 1 exame na vida 2() < 1 ano 3() anualmente
4() 2/2 anos 5() 3/3 anos 6() > 3 anos 7() não tenho período fixo

Caso NÃO, por que você não realiza o exame de prevenção? _____

Quando você realizou seu último exame?

- 1() em meses _____ 2() não lembro/não sei

Onde foi? _____

Você recebeu o resultado do último exame?

- 1() sim 2() não 3() não lembra

Se NÃO, por quê? _____

Se SIM, mostrou o resultado para algum profissional?

- 1() sim 2() não 3() não lembra

Se NÃO, por quê? _____

Você sabe qual foi o resultado do seu exame?

- 1() Sim, Qual foi? _____ 2() Não 3() Não
lembra

**Na sua opinião, o que os profissionais de saúde poderiam fazer para
aumentar o interesse da mulher em realizar o exame de prevenção?**

Fam

Amig

Reaprev

Simperio

Pqnaoprev

Quand

Onde

RecRes

Pqnaorec

Mosres

Pqnaomos

Qualres

APÊNDICE C – Folder explicativo entregue às participantes da pesquisa

O que é câncer do colo do útero?

É um tumor que se desenvolve a partir de alterações no colo do útero, que se localiza no fundo da vagina. Essas alterações são chamadas de lesões precursoras e são curáveis na maioria das vezes. Se não tratadas podem, após alguns anos, se transformar em câncer.

O que a mulher pode sentir?

Quando a mulher tem uma lesão precursora não sente nada. Apenas o exame preventivo pode descobrir a alteração. O câncer no início também não dá sinais. Porém, mais tarde, podem aparecer corrimento, sangramento e dor.

O que pode levar ao câncer do colo do útero?

A causa é a infecção persistente pelo Papilomavírus Humano, o vírus HPV. Existem mais de 100 tipos de HPV, embora poucos causem o câncer do colo do útero. A infecção pelo HPV é muito frequente e quase sempre cura-se espontaneamente, ou seja, a persistência da infecção e a evolução para o câncer são raras. Embora o HPV seja um vírus sexualmente transmissível, o uso de preservativo (camisinha) não impede totalmente o contágio. **O fumo aumenta o risco do câncer.**

Como evitar o câncer do colo do útero?

Fazendo o exame preventivo (Papanicolaou). Quando as alterações que antecedem o câncer são identificadas e tratadas, é possível prevenir a doença em 100% dos casos.

O que é exame preventivo?

É a coleta de material do colo do útero por meio de espátula e escovinha. Este material é

enviado ao laboratório para análise. O exame é rápido e, para a maioria das mulheres, não causa dor. Em alguns casos, pode provocar incômodo passageiro.

Quem deve se submeter ao exame?

Mulheres entre 25 e 64 anos que têm ou já tiveram atividade sexual.

Com que frequência deve ser feito o preventivo?

Os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano. Se o resultado desses exames forem normais, o exame passará a ser feito a cada três anos. O exame pode ser feito durante a gravidez se estiver na época recomendada.

Quais os cuidados para a realização do exame preventivo?

#Não estar menstruada.

#No dia anterior ao exame: não ter relação sexual e não usar duchas, lubrificantes ou medicamentos vaginais.

O que fazer após o exame?

A mulher deve retornar ao local onde foi realizado o exame para receber o resultado e as orientações. Tão importante quanto realizar o exame é saber o resultado.

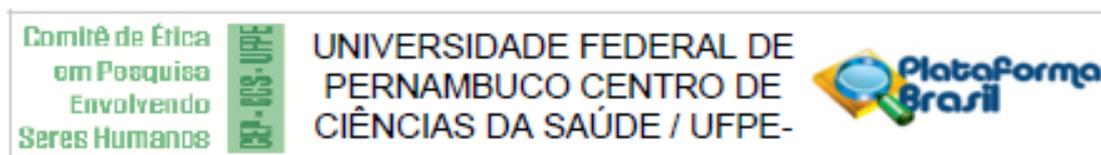
E se o resultado der alguma alteração?

O médico poderá solicitar a repetição do exame preventivo ou encaminhar a mulher para a realização de outros tipos de exames. Caso necessário, será indicado um tratamento.

Fonte: Instituto Nacional de Câncer (INCA).

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES RELACIONADA À PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Pesquisador: Francisca Márcia Pereira Linhares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44530415.3.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.097.582

Data da Relatoria: 03/06/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do grupo de pesquisa Enfermagem na Saúde da Mulher no Contexto da Família que está sob a coordenação da Prof. Francisca Márcia Pereira Linhares e tem a colaboração de alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e da Pós-graduação de Enfermagem em Educação em Saúde da UFPE.

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. A pesquisa será realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário (DS) V, localizado no município de Recife-PE. A população do estudo será composta por mulheres cadastradas nas unidades de saúde pertencentes ao DS V. Para a determinação do tamanho da amostra foi utilizada a equação para estudo de proporção em população finita, totalizando 417 mulheres. A coleta de dados ocorrerá em duas etapas: na primeira será realizada a busca dos endereços nos prontuários disponíveis na USF e agendadas as visitas com os Agentes Comunitários de Saúde as visitas às mulheres que compõem a amostra. Na segunda etapa será realizada a visita domiciliar para execução da entrevista estruturada, guiada por um formulário socioeconômico e o inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) sobre CCU. Os dados serão coletados também na USF. O inquérito CAP possui quatro partes: dados de identificação da mulher, conhecimento, atitude e prática sobre o exame de prevenção do CCU.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	---	---	---

Continuação do Parecer: 1.097.582

Os dados serão digitados em um banco de dados do programa Epi Info, versão 3.5.2, e a análise pelo SPSS (Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), onde será realizada a análise. O perfil das mulheres será avaliado através frequências relativas; o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres acerca do exame de prevenção do CCU através da entrevista estruturada pela qual as mulheres serão classificadas com o CAP adequado ou inadequado. A prevalência do CAP será avaliada através da frequência percentual e distribuição de frequência. Ainda, a associação dos fatores sócio-demográficos com o CAP será feita através da tabela de contingência e a aplicação do teste Qui-quadrado. Nos casos em que as suposições do teste não forem satisfeitas será aplicado o teste Exato de Fisher. Para identificar os fatores conjuntamente determinantes para o CAP será ajustado o modelo de Poisson com variação robusta. Todas as conclusões considerarão nível de significância de 5%. Serão incluídas no estudo mulheres com idade entre 25 e 64 anos de idade que já tenham iniciado atividade sexual, conforme recomendação do INCA/MS para o rastreamento do CCU e excluídas aquelas que realizaram histerectomia por lesão precursora ou CCU, mulheres em tratamento contra o CCU por terem possível conhecimento prévio sobre a doença; mulheres que apresentem algum déficit cognitivo que a impeça de responder às perguntas da entrevista estruturada e por fim aquelas que não forem encontradas na sua residência após três tentativas de visitas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento, atitude e prática (CAP) de mulheres sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino (CCU).

Objetivo Secundário:

-Comparar o conhecimento, atitude e prática (CAP) de mulheres sobre o exame preventivo do CCU com as variáveis sócio-demográficas.

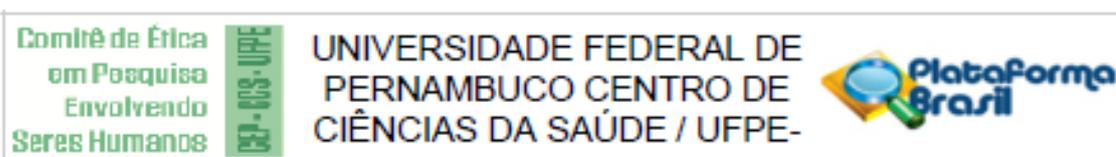
-Identificar os motivos causadores declarados pelas mulheres para a não realização do exame de prevenção do CCU.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os prováveis riscos para as participantes desta pesquisa serão mínimos, devido a algum constrangimento, por abordar questões de ordem pessoal e pela presença da equipe de pesquisa no domicílio, mas será mantido o sigilo e garantido o anonimato, ou desgaste que poderá ocorrer

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.097.582

no decorrer da mesma. Ressalta-se que caso desejem, está assegurado que a qualquer momento, a participante poderá se retirar da pesquisa.

Benefícios:

Esta pesquisa trará como benefícios identificar o conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre o exame de prevenção do CCU, onde estas poderão esclarecer suas dúvidas quanto à temática, estimulando a troca de saberes e será estimulada a realização do exame, colaborando assim na promoção da saúde das mesmas e o levantamento do perfil da população que poderá redirecionar as práticas educativas da equipe da USF para este público.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado, atendendo adequadamente aos aspectos éticos e metodológicos. Traz uma proposta especialmente importante que é a de buscar compreender os motivos pelos quais as mulheres resistem à realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino. E assim, contribuir para melhorar estratégias dos serviços para conseguirem a adesão destas mulheres ao citado exame.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos exigidos pela Res. 466/2012

Recomendações:

Como sugestão só pequena correção gramatical no título:

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES RELACIONADOS À PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos	CEP - CCS - UFPE	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	-------------------------	---	---

Continuação do Parecer: 1.097.582

Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

RECIFE, 09 de Junho de 2015

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588	E-mail: cepccs@ufpe.br