

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

LORENA CAMPOS MENDES

**O PROTAGONISMO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS INFLUENCIANDO O
CONHECIMENTO E A PRÁTICA DA AUTOPALPAÇÃO DAS MAMAS E DO
EXAME PAPANICOLAOU ENTRE ESTUDANTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DO
PERÍODO NOTURNO**

UBERABA

2014

LORENA CAMPOS MENDES

**O PROTAGONISMO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS INFLUENCIANDO O
CONHECIMENTO E A PRÁTICA DA AUTOPALPAÇÃO DAS MAMAS E DO
EXAME PAPANICOLAOU ENTRE ESTUDANTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DO
PERÍODO NOTURNO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde da Mulher

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sueli Riul da Silva.

UBERABA

2014

LORENA CAMPOS MENDES

**O PROTAGONISMO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS INFLUENCIANDO O
CONHECIMENTO E A PRÁTICA DA AUTOPALPAÇÃO DAS MAMAS E DO
EXAME PAPANICOLAOU ENTRE ESTUDANTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DO
PERÍODO NOTURNO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde da Mulher

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sueli Riul da Silva.

Uberaba (MG), ____ de _____ de _____.

Prof^ª. Dr^ª. Sueli Riul da Silva - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Ricardo Jader Cardoso
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^ª. Dr^ª. Maria Angélica Oliveira Mendonça
Universidade Federal de Uberlândia

Dedico este trabalho, com amor e carinho, aos meus pais, Eurípedes e Nilza, razão da minha vida.

À minha irmã, Larissa, pelo companheirismo, exemplo e apoio de sempre.
E, ao meu namorado, Lucas, por seu amor e incentivo em todas as etapas deste processo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que está comigo em todos os momentos, me dando força e fé para seguir adiante.

Aos meus pais, Eurípedes e Nilza, por se fazerem presentes em todos os meus momentos, pela vida e exemplo de amor e humildade. A eles meu amor eterno.

A minha irmã, Larissa, por ser minha companheira, amiga e o reflexo de tudo o que admiro. Ela é tudo em minha vida.

Ao meu namorado, Lucas, por seu amor, incentivo e por estar ao meu lado me apoiando e compartilhando meus sonhos. Eu o amo.

Às minhas avós, Arcemira e Luiza, por suas orações, carinho e por estarem sempre por perto.

À professora Dr^a. Sueli Riul da Silva, minha querida orientadora e amiga, por seu carinho, confiança, atenção, dedicação e ensinamento.

À professora Dr^a. Maria Angélica Oliveira Mendonça e ao professor Dr. Ricardo Jader Cardoso, pelas valiosas sugestões e contribuições neste estudo.

Ao professor Dr. Vanderlei José Haas, por toda atenção, ensinamento e ajuda com a análise estatística.

À toda equipe do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, pelo carinho e aporte ao longo desses dois anos.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por mais esta oportunidade.

À Superintendência Regional de Ensino de Uberaba-MG e a todas as escolas estaduais do município, pela confiança e por permitir que este estudo fosse possível.

A todas as alunas das escolas estaduais do município de Uberaba, pela participação e acolhimento. Aprendi muito com elas.

À CAPES, pelo investimento financeiro.

Às queridas amigas de mestrado, pela convivência e amizade.

A todos, que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

“A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo”

Nelson Mandela

RESUMO

Introdução: O câncer (CA) atualmente é um problema de saúde pública, uma vez que o Sistema de Informação sobre Mortalidade registra que ele representa a segunda causa de morte por doença no Brasil. Neste contexto, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) no Brasil, as estimativas para o ano de 2014, apontam a ocorrência de aproximadamente 576 mil novos casos de neoplasia. Assim, destaca-se a neoplasia ginecológica como responsável por mais da metade das mortes por CA entre mulheres brasileiras, principalmente os cânceres de mama e de colo do útero. Sob este prisma, as atividades educativas são de grande importância, já que muitas mulheres, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção desses cânceres. **Objetivo:** Verificar a eficácia da atividade de educação em saúde realizada com estudantes do ensino médio, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e magistério do período noturno de escolas públicas, a respeito da Autopalpação das Mamas (APM) e do exame de Papanicolaou. **Procedimentos metodológicos:** Estudo quase experimental do tipo antes e depois. A pesquisa foi desenvolvida com mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, estudantes do ensino médio, EJA e magistério do período noturno de escolas públicas de Uberaba-MG perfazendo o total de 20 escolas e 540 alunas. Foi elaborado um instrumento auto-aplicado, estruturado com perguntas abertas e fechadas, contendo dados do perfil sociodemográfico e sexual e questões relativas à APM e ao exame Papanicolaou. Inicialmente, o instrumento foi aplicado aos sujeitos com o intuito de verificar o conhecimento prévio a respeito do tema. Em seguida, foi realizada uma atividade educativa, relativa aos exames Papanicolaou e APM. Em seguida, o instrumento foi reaplicado aos sujeitos, com a finalidade de mensurar o conhecimento adquirido e compará-lo com o conhecimento prévio. **Resultados:** O grupo foi composto por mulheres, em sua maioria com idade entre 18 e 29 anos (63,3%), residente em Uberaba (90,7%), estudantes do EJA (34,1%), exercendo atividades não remuneradas (39,8%), solteiras (46,9%) e usuárias de internet (68,0%). Com relação ao perfil sexual a grande maioria afirmou já ter tido relação sexual (92,6%) e possuir parceiro sexual (76,1%). No contexto geral, as mulheres apresentaram um déficit maior de conhecimento no que se refere à APM, em comparação ao exame Papanicolaou. A questão sobre quem deveria realizar a APM foi a que obteve proporcionalmente mais acertos, 44,1%, outra questão que despertou atenção relacionava-se à serventia da APM, já que o percentual de erros foi significativo. A necessidade de se fazer o exame Papanicolaou foi outra questão importante, já que 102 (18,9%) mulheres disseram nunca ter realizado o exame. Os testes estatísticos mostraram que

houve acréscimo no conhecimento tanto em relação à APM quanto ao Papanicolaou.

Conclusão: O conhecimento e a prática da APM e do Papanicolaou ainda são baixos entre as mulheres. No entanto, atividades educativas apresentaram impacto positivo sobre tal conhecimento. Percebeu-se a necessidade da transmissão de informações referente ao tema, que é de extrema importância para as diversas populações.

Palavras-chave: Autoexame de mama. Educação em saúde. Enfermagem. Esfregaço vaginal. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Introduction: Cancer (CA) currently represents a public health problem, once the Information System for Mortality registers that this represents the second cause of death due to illness in Brazil. In this context, and according to data from the National Cancer Institute (INCA) in Brazil, the estimate for the year 2014 points to an occurrence of approximately 567 thousand new cases of neoplasia. Thus, gynecological neoplasia is highlighted as the responsible for more than half of the deaths by CA among Brazilian women, with emphasis on breast and cervical cancer. Under this aspect, educational activities are of great importance as many women, due to their values and culture, do not recognize the measures for prevention and detection of these cancers. **Purpose:** Verify the efficiency of the educational activity in health carried out with students in high school, Education for Young People and Adults (EJA), and primary teacher training courses in the night period in public schools, concerning Breast Probing (BP) and the Pap Test. **Methodological Procedures:** It was a practically experimental study of the type before and after. The research was developed with women of 18 years of age or more, students in high school, EJA and primary teacher training courses in the night period in public schools in Uberaba, state of Minas Gerais, making up a total of 20 schools and 540 students. A self-applied instrument was developed, structured with open and closed questions containing socio-demographic and sexual issues as profile information, related to Breast Probing and Pap Tests. Initially, the instrument was applied to the subjects with the intention of verifying their previous knowledge concerning the subject. After this, an educational activity was carried out, concerning Pap Tests and Breast Probing. Immediately after this, the instrument was re-applied to the subjects with the purpose of measuring the knowledge they had acquired and compare it to the previous knowledge. **Results:** the group was made up of women, mostly between 18 and 29 years of age (63.3%), resident in Uberaba (90.7%), students of EJA (34.1%), carrying out non-paid activities (39.8%), single (46.9%), Internet users (68.0%). Concerning the sexual profile, a great majority declared that they had already had sexual relations (92.6%) and had a sexual partner (76.1%). In a general context, the women showed a higher knowledge deficit related to Breast Probing in comparison to the Pap Test. The question that received the highest proportional rise rate of correct answers, 44.1%, was about who should carry out Breast Probing; another question that called attention was concerning the usefulness of Breast Probing, as the amount of wrong answers was high. Another important factor was related to doing the Pap Test, as 102 (18.9%) women said they had never done the test. Statistic tests showed that there was a rise in knowledge, both in

relation to Breast Probing as well as to the Pap Test. **Conclusion:** The knowledge and practice of Breast Probing and Pap Test is still low among women. However, educational activities showed a positive impact on this knowledge. The need for transmission of information concerning the subject was highlighted, a subject which is of extreme importance to various populations.

Keywords: Breast Self-Examination. Health Education. Nursing. Vaginal Smears. Women's Health.

RESUMEN

Introducción: El cáncer (CA) actualmente representa un problema de salud pública, una vez que el Sistema de Informaciones sobre Mortalidad registra que este representa la segunda causa de muerte por enfermedad en el Brasil. En este contexto, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Cáncer (INCA) en el Brasil, las estimativas para el año de 2014, apuntan la ocurrencia de aproximadamente 576 mil casos nuevos de neoplasia. Así, se destaca la neoplasia ginecológica como responsable por más de la mitad de las muertes por CA entre mujeres brasileñas, teniendo destaque el CA de mama y del cuello del útero. En este prisma, las actividades educativas son de grande importancia, ya que muchas mujeres, por sus valores y cultura, no reconocen las medidas de prevención y detección de esos cánceres. **Objetivo:** Verificar la eficacia de la actividad de educación en salud realizada con estudiantes del ensino mediano, Educación de Jóvenes y Adultos (EJA) y magisterio del período nocturno de escuelas públicas, a respecto de la Auto Palpación de las Mamas (APM) y del examen de Papanicolaou. **Procedimientos metodológicos:** Estudio case experimental del tipo antes y después. La pesquisa fue desarrollada con mujeres con edad igual o superior a 18 años, estudiantes del ensino mediano, EJA y magisterio del período nocturno de escuelas públicas de Uberaba-MG profazando el total de 20 escuelas y 540 alumnas. Fue elaborado un instrumento auto-aplicado, estructurado con preguntas abiertas y cerradas contiendo datos del perfil sociodemográfico y sexual y cuestiones relativas a la APM y al examen de Papanicolaou. Inicialmente, el instrumento fue aplicado a los sujetos con el intuito de verificar el conocimiento previo a respecto del tema. En seguida, fue realizada una actividad educativa, relativa a los exámenes de Papanicolaou y APM. Inmediatamente, pos esta, el instrumento fue reaplicado a los sujetos, con la finalidad de mensurar el conocimiento adquirido y compararlo con el conocimiento previo. **Resultados:** El grupo fue compuesto por mujeres, en su mayoría con edad entre 18 y 29 años (63,3%), residente en Uberaba (90,7%), estudiantes del EJA (34,1%), ejerciendo actividades no remuneradas (39,8%), solteras (46,9%) y usuarias de internet (68,0%). Con relación al perfil sexual la gran mayoría afirmó ya haber tenido relación sexual (92,6%) y poseer pareja sexual (76,1%). En un contexto general las mujeres poseían un déficit de conocimiento mayor referente a la APM en comparación al examen de Papanicolaou. La cuestión que obtuvo mayor aumento proporcional de aciertos, 44,1%, fue sobre quien debería realizar la APM, otra cuestión que despertó atención fue en relación a la serventía de la APM ya que fue grande el porcentual de errores. Otro factor importante fue

referente a la realización del examen de Papanicolaou, ya que 102 (18,9%) mujeres dijeron nunca haber realizado el examen. Los testes estadísticos mostraron que hubo aumento en el conocimiento, tanto en relación a la APM cuanto al Papanicolaou. **Conclusión:** el conocimiento y la práctica de la APM y del Papanicolaou aún es bajo entre las mujeres. Sin embargo, las actividades educativas presentaron impacto positivo sobre tal conocimiento. Se percibió la necesidad de la transmisión de informaciones referente al tema, que es de extrema importancia para las diversas poblaciones.

Palabras clave: Autoexamen de Mamas. Educación en Salud. Enfermería. Frotis Vaginal. Salud de la Mujer.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica de estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno. Uberaba-MG, 2014.....	38
Tabela 2	Caracterização dos meios de informação utilizados pelas estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno. Uberaba-MG, 2014.....	40
Tabela 3	Caracterização do perfil sexual de estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno. Uberaba-MG, 2014.....	41
Tabela 4	Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo as respostas referentes à APM. Uberaba-MG, 2014.....	43
Tabela 5	Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo as respostas referentes ao conhecimento e prática da APM. Uberaba-MG, 2014.....	45
Tabela 6	Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo as respostas referentes ao exame Papanicolaou. Uberaba-MG, 2014.....	47
Tabela 7	Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo as respostas referentes ao conhecimento e prática do exame Papanicolaou. Uberaba-MG, 2014.....	48
Tabela 8	Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo o número de acertos e erros referente à APM. Uberaba-MG, 2014.....	51
Tabela 9	Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo o número de acertos e erros referente ao exame Papanicolaou. Uberaba-MG, 2014.....	51
Tabela 10	Comparação dos escores obtidos antes e após a realização da atividade educativa. Uberaba-MG, 2014.....	54
Tabela 11	Correlação das variáveis sociodemográficas quantitativas com os escores de conhecimento e ganho de conhecimento. Uberaba-MG, 2014.....	55
Tabela 12	Correlação das variáveis sociodemográficas dicotômicas com os escores de conhecimento e ganho de conhecimento. Uberaba-MG, 2014.....	57

LISTA DE SIGLAS

AEM - Autoexame das Mamas

APM - Autopalpação das Mamas

CA - Câncer

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECM - Exame Clínico das Mamas

EJA - Educação de Jovens Adultos

HPV - Papilomavírus Humano

INCA - Instituto Nacional de Câncer

JEC - Junção Escamocolunar

LIE - Lesões Intraepiteliais

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral a Saúde das Mulheres

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SISCOLO - Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do Útero

SISMAMA - Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama

SUS - Sistema Único de Saúde

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA: A IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL	17
1.2 CÂNCER DE MAMA	19
1.2.1 Câncer de mama: a magnitude do problema	19
1.2.2 Câncer de mama: principais fatores de risco associados	21
1.2.3 Câncer de mama: manifestações clínicas	21
1.2.4 Câncer de mama: modalidades de detecção	21
1.3 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	24
1.3.1 Câncer do colo do útero: a magnitude do problema	25
1.3.2 Câncer do colo do útero: principais fatores de risco associados	26
1.3.3 Câncer do colo do útero: manifestações clínicas	27
1.3.4 Câncer do colo do útero: modalidades de detecção	28
1.4 ATIVIDADE EDUCATIVA NO PROTAGONISMO DA PREVENÇÃO E DETECÇÃO DOS CÂNCERES DE MAMA E DO COLO DO ÚTERO	29
2 OBJETIVOS	32
2.1 OBJETIVO GERAL	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	33
3.2 LOCAL DO ESTUDO	33
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	33
3.4 PLANO AMOSTRAL	34
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	34
3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	34
3.7 GERENCIAMENTO DOS DADOS	36
3.8 CONTROLE DE QUALIDADE	37
3.9 PILOTO	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DO PERFIL SEXUAL DA POPULAÇÃO	38

4.2 IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO E PRÁTICA ACERCA DA APM E DO EXAME PAPANICOLAOU	42
4.3 COMPARAÇÃO DO CONHECIMENTO RELATIVO À APM E DO EXAME PAPANICOLAOU ANTES E APÓS A REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE EDUCATIVA E VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA DA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	50
4.4 VERIFICAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DOS DADOS DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E SEXUAL COM O CONHECIMENTO PRÉVIO E COM O GANHO DE CONHECIMENTO RELATIVO À APM E O EXAME PAPANICOLAOU ...	55
5 CONCLUSÃO.....	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A	69
APÊNDICE B	70
APÊNDICE C	71
APÊNDICE D	74
APÊNDICE E.....	75
ANEXO A.....	76
ANEXO B.....	77

1 INTRODUÇÃO

O câncer (CA) não é uma doença recente, dados clínicos encontrados em múmias egípcias nos remete à ideia de que sua existência compromete a sociedade há mais de três mil anos antes de Cristo. Atualmente o CA pode ser definido como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (rápido, agressivo e incontrolável) de células, com a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos acarretando um transtorno funcional do organismo (BRASIL, 2012).

O conhecimento da forma como evoluem os tumores, se faz importante, pois, permite que eles sejam identificados em sua fase pré-neoplásica, o que facilita o tratamento e melhora a qualidade de vida e o prognóstico do paciente. Sob este prisma, o CA pode apresentar-se em dois estágios, o CA *in situ* e o CA invasivo. O CA *in situ*, caracteriza-se por ser o primeiro estágio do CA, em que, as células neoplásicas localizam-se, ainda, exclusivamente na camada do tecido de origem. Já no CA invasivo, as células neoplásicas invadem outras camadas do órgão, e têm a capacidade de se disseminar para outras partes do organismo. Esse processo de disseminação, invasão e produção de tumores em outras partes do corpo é definido como metastatização (BRASIL, 2012).

O problema do CA, no Brasil, tem ganhado destaque e, com isso, conquistado espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas do governo. Segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2030, espera-se a ocorrência de 27 milhões de casos de CA e 17 milhões de mortes por neoplasias, sendo que a maior incidência irá ocorrer em países de baixa e média renda (BRASIL, 2011a). Assim, o CA representa um problema de saúde pública, uma vez que o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) registra que ele representa a segunda causa de morte por doença no Brasil (BRASIL, 2008, 2012).

Outro problema a ser destacado é que para o Instituto Nacional de Câncer (INCA) no Brasil, as estimativas para o ano de 2014, válidas também para o ano de 2015, apontam a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de neoplasia (BRASIL, 2014).

Neste contexto, a epidemiologia do CA e sua magnitude social, bem como as condições de acesso da população aos serviços de atenção ao CA e os custos elevados da alta complexidade, conjecturam com a necessidade da estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada a fim de se garantir atenção integral à população (BRASIL, 2013).

Com base no exposto, é preciso considerar também os elevados índices de morbimortalidade por CA de mama e CA do colo do útero, o que justifica a elaboração e

implementação de políticas públicas que enfatizem a atenção integral à saúde da mulher com a implantação de estratégias para o controle dessas neoplasias que incluam ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos, capazes de suprir as necessidades da população no controle desses agravos (BRASIL, 2013).

1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA: A IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

A neoplasia ginecológica é responsável por mais da metade das mortes por CA entre mulheres brasileiras (BRASIL, 2007a, 2008). Neste contexto, segundo Moraes (2007), entende-se por CA ginecológico a designação atribuída às neoplasias originárias do sistema reprodutor feminino, incluindo os tumores do colo do útero, corpo do útero, ovário, vulva, vagina e de tuba uterina.

De acordo com dados do INCA, excluindo os tumores de pele não melanoma, o CA de mama é a neoplasia mais frequente na população feminina, já o CA de colo do útero destaca-se como o terceiro tipo mais incidente nesta população (BRASIL, 2014). O conhecimento a respeito dessas doenças se faz importante, pois com isso torna-se possível o estabelecimento de prioridades e a alocação de recursos de forma direcionada por parte dos órgãos e setores responsáveis, objetivando uma modificação positiva desse cenário (BRASIL, 2011a).

Constata-se que as ações de controle para os cânceres de mama e do colo do útero no Brasil caracterizam-se por ser um processo evolutivo contínuo, dependente de fatores como: o avanço do conhecimento e da organização institucional, e de condições sociais, políticas, econômicas e culturais que sustentam o desenvolvimento científico e tecnológico no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2008).

Em 1981, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) elaborou o plano de ação de saúde para todos no ano 2000, que tinha como uma de suas estratégias a criação de manuais visando à organização de programas de controle do CA do colo do útero para as populações da América Latina e do Caribe. Dentre seus objetivos destacaram-se: facilitar as atividades do programa, de modo a proporcionar uma boa cobertura sem diminuir a qualidade da atenção, e difundir as técnicas de diagnóstico, classificação e tratamento do CA do colo do útero (BRASIL, 2008).

Em 1983, elaborou-se o Programa de Atenção Integral a Saúde das Mulheres (PAISM), baseado no conceito de “atenção integral” que rompeu a visão tradicional que

centralizava o atendimento às mulheres apenas sobre questões relacionadas à reprodução (BRASIL, 2008).

É importante ressaltar que em 1986, foi criado o Programa de Oncologia (Pro-Onco) que possuía em sua estrutura duas linhas básicas: a educação e a informação sobre o CA (BRASIL, 2008). Ressalta-se aqui a importância da educação em saúde de forma a transmitir informações suficientes para que as mulheres possam se autocuidar e realizar os exames periódicos recomendados pelo Ministério da Saúde (MS), para detecção dos cânceres de mama e do colo do útero, visando à identificação precoce e o tratamento adequado e efetivo.

Na década de 1990, o INCA consolidou sua liderança no controle do CA, tornando-se um referencial teórico para questões relativas a essa problemática, divulgando oficialmente campanhas educativas, normas e manuais técnicos para o controle do CA de mama e do colo do útero. Neste período, estabeleceram-se os elementos essenciais para a elaboração de um programa de rastreamento, sendo eles: definição da população alvo; recursos para garantir alta cobertura e adesão da população; serviços adequados para coleta e análise de material; serviços adequados para diagnósticos e tratamentos; sistema de referência e contra-referência, assim como sistema de avaliação e monitoramento das ações (BRASIL, 2008).

Ressalte-se que, em 1997, com a finalidade de desenvolver as bases para a implantação de um programa de rastreamento do CA do colo do útero o MS, por meio do INCA, lançou o projeto-piloto Viva Mulher, cujo objetivo era reduzir a incidência e a mortalidade pela neoplasia através da ampliação do acesso ao exame citopatológico, garantindo o tratamento adequado da doença e de lesões precursoras em 100% dos casos diagnosticados. No ano 2000, foram incorporadas ao Programa Viva Mulher ações voltadas também para detecção precoce do CA de mama (BRASIL, 2008).

Percebe-se que as ações de detecção geram impacto nos índices de mortalidade por CA do colo do útero e de mama, fazendo-se necessária a incorporação de instrumentos que auxiliem na consolidação das ações e no gerenciamento das informações oriundas dos serviços de saúde, de modo a contribuir para o monitoramento, o planejamento e a avaliação das ações desenvolvidas (BRASIL, 2011b).

Dessa forma, em 1998, o INCA em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), desenvolveu o Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e, em 2008, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), instrumentos gerenciais que fornecem informações sobre a população examinada, resultados dos exames, seguimento dos casos alterados, qualidade dos serviços, entre outras. Dessa forma permite-se a avaliação dos serviços, o planejamento das

ações de controle e o acompanhamento das mulheres com exames alterados (BRASIL, 2011b).

Dentro deste contexto, se impõem mais incentivos às ações desenvolvidas para o controle dos cânceres de mama e do colo do útero, que em um processo evolutivo contínuo, perpassam todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) (BRASIL, 2008), devendo o profissional de Saúde capacitar-se a fim de transmitir as informações necessárias às mulheres em todos os níveis de atendimento.

1.2 CÂNCER DE MAMA

A mama feminina constitui-se de um corpo glandular, localizado na parede do tórax, envolto pela fáscia e recoberto por pele, que se diferencia em sua porção central, formando a aréola, de onde surge a papila, constituindo o chamado complexo areolopapilar. O corpo glandular é composto por dois sistemas, o sistema ductal, composto por ductos, e o sistema lobular, formado por lóbulos que são responsáveis pela formação do leite materno. Esses dois sistemas são sustentados por tecido conjuntivo e gordura, por onde passam nervos, vasos sanguíneos e linfáticos. O assoalho muscular é composto pelos músculos peitoral maior, peitoral menor e serrátil anterior. É comum encontrarmos mamas com discreta assimetria. Sua forma pode variar em função da idade, lactação, gestação, obesidade e durante o período menstrual. A mama pode ser dividida em quadrantes: superiores (lateral e medial), inferiores (lateral e medial) e região central. Essa divisão se faz importante na correlação e na localização de achados do exame clínico e de imagem (BRASIL, 2013).

1.2.1 Câncer de mama: a magnitude do problema

O CA de mama surge a partir da proliferação incontrolável de células anormais, oriundas de alterações genéticas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores fisiológicos e ambientais. O CA de mama é formado por um conjunto heterogêneo de doenças com padrões de comportamento distintos, que se manifesta pelas diferentes apresentações clínicas e morfológicas, variadas assinaturas genéticas e respostas terapêuticas (BRASIL, 2013).

O CA de mama é, provavelmente, a neoplasia maligna mais temida pelas mulheres, em virtude do impacto psicológico que ocasiona, uma vez que envolve aspectos relacionados à percepção da sexualidade e da imagem pessoal feminina (BRASIL, 2008).

Embora o CA de mama possa ser considerado de bom prognóstico quando detectado e tratado de maneira oportuna, as taxas de mortalidade no Brasil continuam altas, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada tardiamente em estágios já avançados (BRASIL, 2011a).

De acordo com dados do INCA, o CA de mama é a neoplasia mais comum no sexo feminino, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos. Cerca de 1,67 milhão de novos casos dessa neoplasia era esperado para o ano de 2012 em todo o mundo, representando 25% de todos os tipos de CA diagnosticados em mulheres. Estimativas do MS em 2011 apontaram que no ano de 2012, no Brasil, ocorreriam 52.680 casos novos segundo localização primária, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Já para o ano de 2014 são esperados 57.120 casos novos de CA de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011a, 2014).

Neste contexto, estudo realizado com pacientes portadoras de CA ginecológico em um hospital de clínicas do interior de Minas Gerais em 2009 corrobora esses dados apontando que, da população em tratamento quimioterápico, 45% dos casos acompanhados eram de CA de mama (SOARES; SILVA, 2010).

Há também que se considerar o estudo realizado por Rodrigues e Bustamante-Teixeira (2011), que evidenciou que o CA de mama foi a principal causa de óbito entre as neoplasias numa população de mulheres residentes no município de Juiz de Fora-MG, sendo que a análise de tendência mostrou crescimento na mortalidade por CA de mama ao longo dos anos.

Estes dados refletem que ainda há muito a ser feito pelos profissionais de Saúde no que tange à promoção da saúde, prevenção e rastreamento deste agravo na população (PORTELA; TIRADO, 2011). Desta forma, ressalta-se a importância da criação de estratégias e programas que visem à redução do número de casos do agravo citado, despertando nas mulheres o interesse para o autocuidado, a prevenção primária através da mudança de hábitos de vida e para a realização dos exames de rastreamento do CA de mama por meio da efetivação das atividades educativas.

1.2.2 Câncer de mama: principais fatores de risco associados

A idade continua sendo o principal fator de risco para o aparecimento da neoplasia mamária, uma vez que as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos de idade, posteriormente esse aumento ocorre de forma mais lenta. Dentre outros fatores de risco, também associados com a maior predisposição ao desenvolvimento do CA de mama, citam-se aqueles relacionados com a vida reprodutiva feminina como menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e reposição hormonal (BRASIL, 2009, 2011a, 2014).

A história familiar também se apresenta como um importante fator de risco. Mulheres com mãe ou irmã com CA de mama têm seu risco aumentado, cerca de duas a três vezes no aparecimento dessa neoplasia, especialmente se o diagnóstico tiver sido feito antes dos 50 anos de idade (BRASIL, 2008, 2011a, 2014).

Outros fatores importantes, que podem aumentar as chances do desenvolvimento do CA de mama, são a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, a alta densidade de tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama) e alterações em alguns genes responsáveis pela regulação, metabolismo hormonal e reparo de DNA, como BRCA1, BRCA2 e p53 (BRASIL, 2011a, 2014).

1.2.3 Câncer de mama: manifestações clínicas

O sinal mais comum do CA de mama é o aparecimento de um nódulo, que geralmente se apresenta indolor, de consistência endurecida e de aspecto irregular. Outros sinais que podem aparecer no CA de mama incluem a saída de secreção pelo mamilo (principalmente quando unilateral e espontâneo), geralmente transparente, podendo também se apresentar rosado ou avermelhado devido à presença de hemácias; coloração avermelhada da pele que recobre a mama, edema cutâneo semelhante à casca de laranja; retração cutânea, dor ou inversão; e descamação ou ulceração do mamilo. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (BRASIL, 2013).

1.2.4 Câncer de mama: modalidades de detecção

A neoplasia mamária quando detectada em estágios iniciais (nódulos menores do que dois centímetros de diâmetro) apresenta prognóstico favorável, com o uso de terapias mais

efetivas e menos agressivas. Para que isso se realize, se faz necessária a implementação de estratégias para detecção precoce do CA de mama, por meio da educação da mulher e dos profissionais de Saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas característicos da doença, assim como o acesso facilitado aos serviços de saúde (BRASIL, 2013). Atualmente as estratégias utilizadas para o rastreamento do CA de mama são o Exame Clínico das Mamas (ECM) e a mamografia (BRASIL, 2008).

O ECM consiste na avaliação sistematizada das mamas por um profissional de Saúde treinado, e tem como objetivo a avaliação de sinais e sintomas relatados, a fim de realizar o diagnóstico diferencial entre alterações suspeitas de CA e as alterações relacionadas a condições benignas (BRASIL, 2008, 2013). Além disso, o ECM também se apresenta como uma oportunidade para o profissional de Saúde orientar as mulheres sobre o CA de mama, os sinais de alerta, os principais fatores de risco, as modalidades de detecção precoce e a variabilidade da mama normal. O ECM inclui a inspeção estática e dinâmica, e a palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares (BRASIL, 2013).

Convém lembrar que a inspeção deve ser realizada com boa fonte de iluminação, primeiramente com a mulher em pé ou sentada, com os braços ao longo do corpo e, posteriormente, com os braços levantados, e ainda com as mãos nos quadris, pressionando-os, com o objetivo de salientar os contornos das mamas. Durante a inspeção, o profissional de Saúde deve atentar-se para a forma, o volume e a simetria das mamas, e eventuais retrações que elas possam apresentar, a coloração e as alterações da pele, bem como as aréolas e papilas (BRASIL, 2008).

A palpação consiste em examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos (BRASIL, 2013). A palpação é realizada em dois momentos: com a mulher sentada, de modo a palpar profundamente as cadeias linfáticas; e com a mulher deitada, com o ombro sobrelevado a fim de se detectar a presença de nódulos palpáveis (BRASIL, 2008). Durante a palpação, o profissional de Saúde deve observar possíveis alterações na temperatura da pele e a existência de nódulos, de modo a caracterizá-los quanto ao seu tamanho, contorno, superfície, mobilidade e localização. Os resultados alterados do ECM devem ser avaliados e, em caso de suspeita, encaminhados para investigação diagnóstica em um serviço de referência (BRASIL, 2013).

Ressalta-se que o ECM apresenta-se também, como um momento importante na orientação e incentivo das mulheres para o autocuidado e a autopalpação ocasional das mamas.

A mamografia consiste em um procedimento diagnóstico de imagem radiológica que permite a identificação de alterações nas mamas, antes mesmo de tornar-se uma lesão palpável. É importante frisar que a mamografia não substitui o ECM, são exames complementares, especialmente em mulheres com mais de 50 anos de idade, sem histórico familiar de CA de mama (BRASIL, 2008).

Dessa forma, para a detecção precoce do CA de mama recomenda-se: rastreamento pelo ECM, para todas as mulheres a partir dos 40 anos, realizado anualmente em todas as consultas clínicas; rastreamento pela mamografia, para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames; e ECM e mamografia anual, para mulheres a partir dos 35 anos de idade pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver CA de mama (BRASIL, 2004, 2014).

Ressalva-se que são definidos como grupos populacionais de alto risco para o CA de mama: mulheres com histórico familiar de pelo menos um parente de primeiro grau, como mãe, irmã ou filha, com diagnóstico de CA de mama, abaixo dos 50 anos de idade, ou diagnóstico de CA de mama bilateral ou de ovário em qualquer faixa etária; mulheres com histórico familiar de CA de mama masculino; e mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*. Ressalta-se ainda a importância da garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados (BRASIL, 2004).

Neste cenário, salienta-se que a participação da mulher na detecção do CA de mama é fundamental e de grande importância. Porém, a forma de orientá-la de modo a torná-la um sujeito ativo nesse processo vem se modificando ao longo do tempo (BRASIL, 2013).

O conceito de Autoexame das Mamas (AEM) surgiu em 1950, introduzido pelo cirurgião Cushman Haagensen, em um momento em que a mamografia estava em processo de desenvolvimento e muitas mulheres eram diagnosticadas quando o tumor já estava avançado e inoperável. Haagensen acreditava que o incentivo a realização do AEM ajudaria na detecção dos tumores em fase tratável e passíveis de excisão cirúrgica menos traumáticas do que a mastectomia (THORNTON; PILLARISSETTI, 2008).

Haagensen passou então a incentivar a prática através da educação em saúde por meio de filmes e folhetos. O AEM surge então como estratégia para diminuir os tumores mamários diagnosticados em estágios avançados. Para que isso se efetivasse, as mulheres eram treinadas para a realização de exames sistemáticos e periódicos em busca de alterações. Contudo, no final da década de 1990, ensaios clínicos realizados não demonstraram redução da

mortalidade por CA de mama por meio do AEM (BRASIL, 2013; THORNTON; PILLARISSETTI, 2008).

Neste contexto, uma pesquisa realizada em 2010 para avaliar os estudos sobre o autoexame e elaborar um posicionamento sobre a questão de incentivá-lo ou não, concluiu que o AEM não reduz os casos de mortalidade por CA de mama, e muitas vezes as mulheres que realizam tal prática são expostas a mais biópsias, o que demonstra mais riscos que benefícios. Contudo, os autores afirmam que o AEM se mostra útil no contexto do autocuidado à saúde mamária e na redução do número de casos avançados em locais carentes de métodos de imagem (MENKE; DELAZERI, 2010).

Sob este prisma, dados recentes disponibilizados pelo INCA apontam que a maioria das mulheres com diagnóstico de CA de mama identificou-o por meio da palpação ocasional das mamas. Dessa forma, diversos países passaram a adotar a estratégia *breast awareness* que significa estar alerta para a saúde das mamas. Esta prática ressalta a importância do diagnóstico precoce, de modo que, orientar a população feminina sobre as mudanças normais das mamas em diferentes momentos do ciclo, e a divulgação dos principais sinais e sintomas do CA, estimulando as mulheres a procurar esclarecimento médico e a participar de ações de rastreamento, mostrou ser uma estratégia mais efetiva do que o ensino do AEM (BRASIL, 2013, 2014; THORNTON; PILLARISSETTI, 2008).

Assim, se faz importante que o profissional de saúde estimule as mulheres para que realize a Autopalpação das Mamas (APM) sempre que elas se sentirem à vontade para tal prática, sem nenhuma recomendação técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias e a procura imediata de um serviço de saúde para esclarecimento diagnóstico (BRASIL, 2013, 2014).

1.3 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O útero é um órgão exclusivo do aparelho reprodutor feminino, situa-se no abdômen inferior e divide-se em corpo e colo do útero. O colo do útero representa a porção inferior e localiza-se no fundo da vagina, apresenta uma parte interna, chamada endocérvice, revestida por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco, e uma parte externa chamada ectocérvice, revestida por diversas camadas de células planas, epitélio escamoso e estratificado. Entre esses dois epitélios situa-se a junção escamocolunar (JEC), e dependendo da situação hormonal feminina a JEC pode estar tanto na endocérvice quanto na ectocérvice. Durante a fase reprodutiva, geralmente a JEC situa-se no nível do orifício externo, e nessa

situação, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido. Assim, células subcilíndricas, através de um processo chamado metaplasia, se transformam em células mais adaptadas, dando origem a um novo epitélio denominado zona de transformação, onde se localizam cerca de 90% das lesões precursoras do CA do colo do útero (BRASIL, 2013).

1.3.1 Câncer do colo do útero: a magnitude do problema

O CA do colo do útero caracteriza-se pela replicação desordenada do epitélio de revestimento, afetando o tecido subjacente, podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou distantes. Citam-se duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero: o carcinoma epidermoide, responsável por 80% dos casos, acomete o epitélio escamoso; e o adenocarcinoma, tumor raro, acomete o epitélio glandular (BRASIL, 2013).

De acordo com as últimas estimativas mundiais, o CA do colo do útero é o quarto tipo de neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no mundo e está diretamente vinculado ao grau de desenvolvimento do país; sua incidência é aproximadamente duas vezes maior em países menos desenvolvidos, se comparada à dos mais desenvolvidos (BRASIL, 2007b, 2014).

De acordo com dados do INCA, o número de casos novos de CA cérvico uterino esperados para o Brasil no ano de 2012 foi de 17.540, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Já a razão entre mortalidade e incidência para o CA de colo do útero, no mundo, é de 52%, o que corresponde à morte de 265 mil mulheres no ano de 2012, dos quais, 87% desses óbitos ocorreram em mulheres de países em desenvolvimento (BRASIL, 2011a, 2014). Já para o ano de 2014, são esperados 15.590 casos novos de CA do colo do útero, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2014).

Apesar das altas taxas de incidência do CA do colo do útero, observa-se, contudo, que tem ocorrido uma redução do número de casos novos. Este comportamento se deve principalmente ao aumento da cobertura do programa de rastreamento da doença, uma vez que a efetividade da detecção precoce, através do exame Papanicolaou, associada ao tratamento precoce da lesão intraepitelial, tem resultado na redução da incidência do CA de colo do útero e produzido impacto significativo nas taxas de morbimortalidade (MENDONÇA, 2006).

Assim, no bojo dessas reflexões, é fundamental que haja métodos eficientes no rastreamento dessa neoplasia, como: cobertura efetiva, qualidade na coleta do exame e interpretação do material, tratamento e acompanhamento adequados, para que, através desses

fatores, as mulheres motivadas para a realização do exame Papanicolaou encontrem a sua disposição uma rede de serviços quantitativa e qualitativamente adequada e capaz de suprir essa deficiência em todo o país (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Ressalva-se também como estratégia eficiente no controle dessa neoplasia a educação em saúde dirigida às mulheres em relação à importância e necessidade de realização do exame.

1.3.2 Câncer do colo do útero: principais fatores de risco associados

A incidência do CA do colo do útero manifesta-se dos 20 aos 29 anos de idade, aumentando rapidamente seu risco até a faixa etária de 50 a 60 anos. O principal fator de risco para o desenvolvimento do CA do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Os subtipos do HPV associados a doenças neoplásicas se classificam em: HPV de baixo risco associados a infecções benignas do trato genital (subtipos 6, 11, 42, 43 e 44); e os de alto risco com alta correlação com as lesões intraepiteliais (LIE) de alto grau e carcinomas do colo uterino (subtipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59 e 68) (BRASIL, 2008, 2011a).

Outros fatores de risco associados à infecção pelo HPV e ao desenvolvimento do CA do colo do útero incluem início precoce das atividades sexuais, multiplicidade de parceiros, parceiro sexual com múltiplas parceiras, tabagismo e infecções genitais recorrentes (BRASIL, 2008).

A prevenção primária do CA do colo do útero está associada à redução do contágio pelo HPV. Além da recomendação do uso de preservativo durante as relações sexuais, visando à proteção parcial do contágio, foram aprovadas duas vacinas para uso comercial, já disponível no Brasil: a bivalente, que protege contra os subtipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os subtipos oncogênicos 16 e 18 e os não oncogênicos 6 e 11, destacando-se que seus benefícios são significativos antes do início da vida sexual (BRASIL, 2013).

A imunização contra o HPV é uma importante ferramenta no combate ao CA do colo do útero (BRASIL, 2014). Porém, ressalta-se que ainda existem lacunas no conhecimento sobre a vacinação no que se refere à adesão ao esquema vacinal, à eficácia, à necessidade de dose de reforço e à proteção cruzada para outros tipos virais. Convém lembrar que a adoção das vacinas não exclui a necessidade da prevenção secundária por meio do rastreamento, pois

elas não protegem contra os outros subtipos oncogênicos causadores do CA do colo do útero (BRASIL, 2013, 2014).

Neste contexto, com base no exposto, apesar do HPV ser reconhecidamente um importante fator de risco para o desenvolvimento do CA do colo do útero, estudos mostram que grande parte da população desconhece sua relação com o CA, bem como os fatores de risco associados a este, fazendo-se necessária a realização de atividades educativas para maior orientação dos fatores de risco, métodos de prevenção e incentivo ao exame Papanicolaou (SILVA et al., 2012).

1.3.3 Câncer do colo do útero: manifestações clínicas

A infecção pelo HPV, na maioria das vezes, apresenta-se de forma assintomática, com lesões subclínicas. As lesões clínicas podem manifestar-se como lesões únicas ou múltiplas, sendo mais frequentemente encontradas na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo do útero. Dependendo do tamanho e da localização, essas lesões podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas (BRASIL, 2013).

As lesões precursoras do CA de colo do útero são assintomáticas, sendo detectadas pela realização do exame citopatológico. Já no estágio de CA invasivo, os principais sinais e sintomas manifestados são sangramento vaginal espontâneo e/ou pós-coito ou esforço, leucorreia e dor pélvica que, nos casos mais avançados, podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais (BRASIL, 2013).

Ressalva-se que, quando a mulher apresenta os sinais e sintomas referidos, o CA já está em estágio avançado, com tratamento mais agressivo e prognóstico menos favorável. Neste sentido, se faz importante a orientação a essas mulheres quanto à realização periódica do exame Papanicolaou, mesmo que na ausência de sintomas, já que de acordo com alguns estudos o principal motivo que leva as mulheres a realizarem o exame não é a periodicidade recomendada pelo MS e sim a presença de sinais e sintomas ginecológicos, como corrimento vaginal, dor e prurido (MOURA et al., 2010; VASCONCELOS et al., 2011).

Aqui vale valorizar estudos realizados por Casarin e Piccoli (2011), quando afirmam que os sinais e sintomas sugestivos de CA do colo do útero são simples, e muitas vezes ignorados pelas mulheres por parecerem relacionar-se com condições pouco sérias, ou até mesmo por serem entendidos como algo fisiológico do corpo feminino. Portanto, a mulher deve estar sempre atenta e orientada a procurar o serviço de saúde na ocorrência desses sinais

ou sintomas, pois quanto mais tardio é o diagnóstico e o tratamento, menores são as chances de cura.

1.3.4 Câncer do colo do útero: modalidades de detecção

George Papanicolaou, médico grego, foi o pioneiro no estudo da citologia e detecção precoce do CA do colo do útero e criador do chamado teste Papanicolaou, também conhecido como exame preventivo, realizado para detectar tumores na vagina e no colo do útero. Embora o exame Papanicolaou tenha sido introduzido no Brasil na década de 1950, o CA do colo do útero ainda apresenta-se como um problema de saúde pública (BRASIL, 2008).

Antes da apresentação das novas diretrizes brasileiras para rastreamento do CA do colo do útero recomendava-se que o exame Papanicolaou fosse realizado em todas as mulheres com vida sexual ativa, principalmente àquelas que estivessem na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, definida como população-alvo, em virtude de maior ocorrência de lesões pré-malignas de alto grau nessa população, a cada três anos, após dois exames anuais normais consecutivos (BRASIL, 2010).

Atualmente, de acordo com as novas diretrizes recomenda-se o início da coleta aos 25 anos para as mulheres que já iniciaram a vida sexual, e o término aos 64 anos quando houver pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2011c). Essas recomendações provêm da observação da história natural do CA do colo do útero que, devido a sua lenta progressão, permite a detecção precoce de lesões pré-neoplásicas e o seu tratamento (BRASIL, 2011d).

Estima-se que uma redução de cerca de 80% da mortalidade de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos por CA do colo do útero possa ser alcançada por meio do rastreamento pelo Papanicolaou, e pelo tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ* (BRASIL, 2009).

Sob este prisma, embora o Papanicolaou seja um exame diagnóstico simples, rápido, de baixo custo e efetivo, observam-se na prática algumas dificuldades que impedem as mulheres de realizarem o exame.

Estudo realizado no município de Santo Ângelo-RS, em 2011, evidenciou como principais impedimentos para a realização do exame Papanicolaou o constrangimento durante a realização do exame, o desconhecimento quanto a sua importância, o medo da dor ou do resultado positivo e o baixo poder aquisitivo (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Aliado com os resultados acima referidos, outro estudo traz que viver sem companheiro, não ter dado à luz, não ter realizado consulta médica no último ano e o baixo nível de escolaridade também são fatores que estão associados com a não realização do exame Papanicolaou (ALBUQUERQUE et al., 2009).

Dessa forma, para que a realização do exame Papanicolaou aumente e seja efetiva, se faz necessária a incorporação de campanhas, busca ativa das mulheres e ações educativas ressaltando a importância da realização do exame e a sua periodicidade (MELO et al., 2009).

1.4 ATIVIDADE EDUCATIVA NO PROTAGONISMO DA PREVENÇÃO E DETECÇÃO DOS CÂNCERES DE MAMA E DO COLO DO ÚTERO

O surgimento das primeiras práticas educativas data do final da década de 1910, inicialmente voltadas apenas para prevenção de doenças evitáveis com a adoção de hábitos simples; as atividades de educação em saúde se ampliaram, atuando como uma importante ferramenta de saúde voltada para uma participação ativa da população (BRASIL, 2007c).

Neste contexto, destaca-se a concepção de educação em saúde baseada no seu enfoque crítico e no reconhecimento de seu caráter histórico, no que tange aos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença. Assim, as práticas educativas estão intrinsecamente associadas à história da educação em saúde, fortemente influenciada pela doutrina do higienismo (ACIOLI, 2008).

A educação popular, no Brasil, remete-se aos movimentos sociais de caráter popular. Surge a partir da década de 1960, com as organizações de suporte e lutas populares, coincidindo com as propostas baseadas nos princípios da medicina comunitária. Neste sentido, foi realizada, em 1978, a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, apontando a necessidade de estratégias capazes de suprir a diversidade na oferta de recursos, incluindo-se as ações educativas (DAVID; ACIOLI, 2010).

A articulação entre saúde e educação se organiza como uma fonte rica de interdisciplinaridade e informação, e passa a se constituir mais claramente a partir das lutas sociais pela saúde no movimento de reforma sanitária. Assim, a educação em saúde surge como elemento essencial na construção de um processo educativo, em que, o diálogo, o envolvimento político, a reflexão crítica e a autonomia cidadã são promovidos para o atendimento das necessidades da população (DAVID; ACIOLI, 2010; FERNANDES; BACKES, 2010).

A prática da educação em saúde inspira-se na concepção dialógica de Paulo Freire, que se orienta no sentido do não estabelecimento de traçados fechados com planos de resolubilidade pré-concebidas, mas sim de considerar a realidade em que os sujeitos estão inseridos e, com estes, visualizar possibilidades de transformações. Segundo Fernandes e Backes (2010), a prática problematizadora, elemento essencial na construção de um processo educativo, auxilia no diálogo entre profissionais e usuários, promove a autonomia e incentiva os sujeitos na adoção de uma postura ativa.

Guiados pelo marco teórico de Acioli (2008), os conteúdos abordados na educação em saúde devem ser definidos, a partir das situações em que os diferentes sujeitos se inserem em seu modo de pensar e agir, traduzindo-se em uma prática educativa compartilhada, com base nos princípios da prática dialética e nas realidades locais, no uso de múltiplas linguagens, no planejamento coletivo, na desconstrução de conceitos, valores e postura e na avaliação processual da prática educativa.

Neste contexto, e considerando a importância das atividades educativas no ensino, a orientação para o autocuidado e visando reduzir o índice de agravos, Mario Kroeff, que trabalhava como inspetor sanitário da Inspeção de Leprosia, Doenças Venéreas e Câncer, departamento fortemente empenhado em ações educativas, transformou-se em defensor da educação em saúde voltada para o CA, desempenhando importante papel nas ações educativas, por meio de materiais gráficos distribuídos e palestras públicas sobre o tema, pelos quais transmitia informações essenciais à população, entre elas a, de que, se descoberto no início, o CA poderia ser facilmente curado (BRASIL, 2007c).

Sob este prisma, as atividades educativas são de grande importância, já que muitas mulheres, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do CA (BRASIL, 2008). As ações educativas na área da saúde da mulher preocupam-se em instruir sobre o autocuidado e a importância da periodicidade de realização dos exames Papanicolaou e da APM.

Neste sentido, a educação em saúde na atuação da equipe de Enfermagem vem sendo cada vez mais discutida, uma vez que proporciona o desenvolvimento de ações que qualificam o cuidado ao paciente e a assistência prestada, e oferece mais autonomia ao indivíduo sobre sua saúde (CEOLIN et al., 2009).

Dessa forma, a consolidação das atividades educativas destinadas ao ensino das usuárias dos serviços de saúde inclui ações de educação em saúde que contemplem o conhecimento do corpo, incluindo a APM realizada pela própria mulher e a sensibilização das

mulheres com vida sexual ativa, para a realização do exame Papanicolaou, bem como a importância de se tornarem agentes multiplicadoras de informação (BRASIL, 2008).

Embora os exames preventivos para o CA de mama e do colo do útero sejam amplamente divulgados pela mídia e pelos profissionais de Saúde, estudos mostram que seu conhecimento não é completo e homogêneo (SILVA et al., 2012, VALENTE et al., 2009). O exame Papanicolaou e a APM promovem um incentivo ao autocuidado, o que permite a mulher uma melhor compreensão de si mesma. Assim, a equipe de Enfermagem desempenha uma importante função, como responsável pelo cuidar do paciente, tendo como princípio a implementação de práticas assistenciais e educativas que estimulem e capacitem o indivíduo (SILVA et al., 2009).

Além disso, estudos comprovam que após a realização de atividades educativas há acréscimo no conhecimento relativo ao tema no grupo em estudo (VALENTE et al., 2009), o que corrobora com a afirmativa sobre a importância e a necessidade do incremento de atividades de educação que permitam a troca de saberes entre os profissionais e os ouvintes.

Dessa forma, as ações de educação em saúde são estratégias essenciais para incentivar as mulheres para o autocuidado, tornando-as sujeito ativo no processo saúde-doença, além de aumentar a frequência e adesão dessas mulheres aos exames expostos, reduzindo o índice de morbimortalidade pelos agravos citados.

Percebe-se que embora a atividade educativa em saúde seja um instrumento importante na prática de Enfermagem, há escassez de estudos que mensurem a eficácia do autocuidado e das atividades educativas a fim de se alcançar os objetivos propostos. Diante dessas colocações, justifica-se a necessidade de identificar o conhecimento e a prática das mulheres acerca desses exames, bem como a eficácia da atividade educativa, contribuindo assim com a redução dos índices de morbimortalidade pelos cânceres de colo do útero e mama.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar a eficácia da atividade de educação em saúde realizada com estudantes do ensino médio, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e magistério do período noturno de escolas públicas, sobre a APM e o exame Papanicolaou.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e sexual de estudantes do ensino médio, EJA e magistério do período noturno, de EE do município de Uberaba-MG.
- Identificar o conhecimento e a prática acerca da APM e do exame Papanicolaou.
- Comparar o conhecimento dessas mulheres antes e após a realização da atividade educativa.
- Verificar a associação dos dados do perfil sociodemográfico e sexual com o conhecimento prévio e com o ganho de conhecimento relativo à APM e ao exame Papanicolaou.

3 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo quase experimental do tipo antes e depois.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida nas Escolas Estaduais (EE) de ensino médio do período noturno do município de Uberaba-MG que atendessem aos critérios de inclusão.

No total o município conta com 23 EE do período noturno sendo: EE Aloízio Castanheira, EE Aurélio Luiz da Costa, EE Bernardo Vasconcelos, EE Boulanger Pucci, EE Carmelita Carvalho Garcia, CESEC, CIEL, EE Frei Leopoldo de Castelnuovo, EE Francisco Cândido Xavier, EE Geraldino Rodrigues da Cunha, EE Henrique Kruger, EE Horizonta Lemos, EE Irmão Afonso, EE Lauro Fontoura, EE Marechal Humberto de Alencar Castelo Branco, EE Minas Gerais, EE Nossa Senhora da Abadia, EE Paulo José Derenusson, EE Professor Chaves, EE Professora Corina de Oliveira, EE Professora Neide de Oliveira Gomes, EE Quintiliano Jardim, EE Santa Terezinha.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida com mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, estudantes do ensino médio, EJA ou magistério do período noturno de escolas públicas da cidade de Uberaba-MG.

Critérios de inclusão

Foram incluídas na pesquisa mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, que estivessem cursando o ensino médio, EJA ou magistério noturno em escolas públicas do município de Uberaba-MG, que concordaram em participar do estudo mediante conhecimento do termo de esclarecimento (Apêndice A) e assinatura do termo de consentimento (Apêndice B), e as escolas de ensino médio noturno do município de caráter regular e modalidade presencial.

3.4 PLANO AMOSTRAL

A amostra foi constituída por mulheres, estudantes de escolas públicas do período noturno do município de Uberaba-MG que atendessem aos critérios de inclusão e que estivessem presentes no momento da atividade. Atualmente, o município conta com 23 escolas públicas do período noturno, porém adequaram-se aos critérios 20 escolas, perfazendo um número final de 540 alunas que responderam ao instrumento. Em média, outras 500 alunas não responderam ao questionário, por recusa ou por terem menos de 18 anos idade. Porém, ressalta-se que todas participaram da atividade educativa.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento do estudo foi solicitado o parecer e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), aprovado sob o protocolo CEP/UFTM: 2585 (Anexo A). Embora o projeto tenha sido aprovado pela Resolução nº 196/1996 referente à pesquisa envolvendo seres humanos, respeitou-se também a nova Resolução nº 466/2012, uma vez que a coleta de dados iniciou-se na vigência desta.

Para a aplicação do questionário, foi solicitada às mulheres a anuência para participação no estudo, após terem sido esclarecidas sobre o tema, o objetivo e a finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade por meio da numeração dos instrumentos de coleta de dados; solicitamos por escrito o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma para a pesquisadora e a outra para a participante. A coleta de dados foi realizada em escolas públicas do município de Uberaba, após autorização da Superintendência Regional de Ensino de Uberaba-MG (Anexo B), e em horário combinado entre pesquisadores e diretores das escolas.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, os sujeitos do estudo foram localizados, identificados e abordados nos estabelecimentos de estudo citados, e os procedimentos foram realizados em condições de privacidade e respeito, uma vez que foi solicitada a permanência somente de mulheres, visando proporcionar mais liberdade a elas. As participantes responderam o questionário de maneira individual, garantindo assim o seu anonimato.

Foi elaborado um instrumento auto-aplicado, estruturado com perguntas abertas e fechadas (Apêndice C), desenvolvido pelas pesquisadoras e fundamentado na literatura e nas pesquisas realizadas na área. O instrumento foi submetido à análise de três peritos enfermeiros doutores com conhecimento na área da pesquisa para validação de aparência e conteúdo, os quais, após concordarem em participar do estudo mediante conhecimento do termo de esclarecimento (Apêndice D) e assinatura do termo de consentimento (Apêndice E), receberam o instrumento enviado por correio eletrônico.

A validação de aparência foi realizada através de uma escala numérica de 1 a 5, em que 1 é igual a péssimo, 2, ruim, 3, regular, 4, bom, 5, ótimo, com espaço para sugestões, que foram ou não acatadas pelas pesquisadoras. A validação de conteúdo foi realizada por meio da escala tipo Likert, em que os peritos puderam julgar de acordo com a seguinte legenda: 1, não pertinente, 2, pouco pertinente, 3, pertinente, 4, muito pertinente, 5, totalmente pertinente. Para verificar a concordância das respostas dos peritos, referente ao grau de pertinência do instrumento, foi calculada uma média ponderada para cada item. Foram considerados os itens que obtiverem média igual ou maior que 4.

Quanto aos dados do perfil sociodemográfico e sexual (idade, procedência, bairro, escola, profissão/ocupação, situação conjugal, atividade sexual, parceiro fixo e meios de comunicação que mais utiliza) do instrumento de coleta de dados, apenas o item situação conjugal obteve média 3. Contudo, as pesquisadoras decidiram por não excluir a pergunta, entendendo que no contexto a questão é relevante, e acataram as sugestões feitas pelos peritos de modo a ampliar o grau de clareza e pertinência do item.

Referente ao grau de conhecimento e prática relativa à APM e ao exame Papanicolaou, nenhum dos itens obteve média inferior à padronizada, sendo acatadas pelas pesquisadoras sugestões dos peritos quanto à forma de estruturação das perguntas, de modo a torná-las mais simples para aplicação. A maneira como o questionário foi estruturado obteve média 4, classificando-o como “bom”, por consenso mútuo.

Inicialmente, o instrumento foi aplicado aos sujeitos com o intuito de verificar o conhecimento prévio a respeito do tema estudado, em seguida, no mesmo local, foi realizada uma atividade educativa, relativa aos exames Papanicolaou e APM. Após esta, o instrumento foi reaplicado aos sujeitos, com a finalidade de mensurar o conhecimento adquirido e compará-lo com o conhecimento prévio.

As atividades educativas tiveram duração média de 45 minutos e foram baseadas no diálogo e na troca de saberes entre a pesquisadora e as mulheres participantes da atividade. Como recursos didáticos foram utilizados a explanação verbal dos temas APM e exame

Papanicolaou, e recursos audiovisuais como banner e instrumentos de coleta do Papanicolaou, visando facilitar o entendimento das participantes.

De modo a garantir à fidedignidade do estudo e a homogeneidade na transmissão das informações entre as escolas, a atividade educativa foi dirigida seguindo o seguinte roteiro: o que é CA, o CA do colo do útero (perfil de morbimortalidade e incidência), principais fatores de risco, sinais e sintomas, Papanicolaou (origem, finalidade, periodicidade, locais onde pode ser realizado, preparo pré-exame, importância de se buscar o resultado e técnica de coleta), o CA de mama (perfil de morbimortalidade e incidência), principais fatores de risco, sinais e sintomas, APM (finalidade, técnica, situações em que pode ser realizado o exame, o que procurar durante o exame e a desmistificação da técnica para diagnóstico precoce).

Ressalta-se que a atividade educativa foi oferecida a todas as alunas presentes nos locais onde o estudo foi desenvolvido, independentemente da idade, já que acredita-se no seu potencial educativo positivo. Porém, para fins da investigação, foram convidadas a participar do estudo apenas as maiores de 18 anos, uma vez que há restrições na participação de sujeitos menores de idade em pesquisas envolvendo seres humanos. Ainda assim, acredita-se que a exclusão dessas alunas do estudo, não comprometeu o seu desenvolvimento.

3.7 GERENCIAMENTO DOS DADOS

A compilação dos dados foi feita no banco de dados do Microsoft Excel®. Foi empregada a técnica de validação por dupla digitação, de modo a detectar inconsistências. Para a análise estatística, os dados foram importados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.

As variáveis quantitativas foram analisadas empregando-se as medidas de tendência central e de variabilidade média, desvio-padrão, mediana e amplitude. Para as variáveis qualitativas foram elaboradas distribuição de frequência simples e tabelas de contingências para as análises bivariadas.

Foram comparadas as respostas antes e após a realização da atividade educativa, com o intuito de mensurar o nível de conhecimento e a efetivação da ação educativa.

Foi utilizado o teste de *t* pareado sob os escores de conhecimento, de modo a avaliar a intervenção antes e após a atividade educativa e o *d* de Cohen, visando avaliar a magnitude do efeito da intervenção e o potencial educacional. O teste de McNemar foi empregado para avaliação de cada item do questionário, referente à APM e ao exame Papanicolaou, a fim de

medir se houve acréscimo no conhecimento dos itens analisados após a intervenção. Foi considerado um nível de significância de $\alpha = 0,05$.

Os resultados foram organizados em tabelas bivariadas e discutidos em relação à literatura específica da área.

3.8 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade foi realizado de modo a garantir que o estudo fosse feito conforme o protocolo e para que o registro dos dados ocorresse de maneira fidedigna. O pesquisador certificou-se, antes do término, do preenchimento do questionário, da completude dos dados e de que todas as perguntas foram respondidas sem dupla resposta. Para a garantia da qualidade do estudo e a confidencialidade dos dados, o instrumento utilizado e a atividade educativa foram preenchidos e aplicados pelo mesmo profissional durante todo o período de coleta. Os dados foram digitados duas vezes, para identificação e posterior correção de possíveis erros de digitação. A identidade e as informações fornecidas pelos sujeitos foram mantidas em sigilo. As informações obtidas ficarão sob os cuidados da pesquisadora e poderão ser divulgadas para fins científicos.

3.9 PILOTO

O questionário proposto para coleta dos dados foi previamente testado, através de um estudo-piloto, para verificar sua adequação aos objetivos deste estudo, bem como sua aplicabilidade, com 22 alunas do primeiro período do curso de serviço social da UFTM. Embora o grupo selecionado apresentasse características distintas da população em que foi realizado o estudo, optou-se por este por ser composto de mulheres que concluíram o ensino médio há menos de seis meses, e que não cursavam graduação na área da Saúde, o que poderia tê-las exposto ao tema em estudo.

Nenhuma das mulheres que respondeu ao questionário apresentou dificuldade na leitura do instrumento, compreendendo o instrumento e os termos utilizados, sem realização de perguntas à pesquisadora. O tempo gasto para o preenchimento do questionário foi de aproximadamente 15 minutos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo presente os objetivos propostos para o estudo e, a partir da análise dos dados coletados, apresentam-se a seguir os resultados obtidos discutidos em relação à literatura da área.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DO PERFIL SEXUAL DA POPULAÇÃO

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno. Uberaba-MG, 2014.

	Variáveis	N	%
Faixa etária (em anos)	18 a 29 anos	342	63,3
	30 a 39 anos	116	21,5
	40 a 49 anos	56	10,4
	50 a 59 anos	23	4,2
	60 anos ou mais	3	0,6
Procedência	Uberaba	490	90,7
	Outro	50	9,3
Série em andamento	1º Série	33	6,1
	2º Série	44	8,1
	3º Série	114	21,1
	EJA	184	34,1
	Magistério	165	30,6
Profissão/Ocupação	Administrativas	45	8,3
	Técnicas, Científicas, Artísticas e assemelhadas	54	10,0
	Agropecuária e da produção extrativa vegetal e animal	1	0,2
	Indústrias de transformações e construção civil	5	0,9
	Comércio e atividades auxiliares	56	10,4
	Transportes e comunicações	3	0,5
	Prestação de serviços	102	18,9
	Defesa nacional e segurança pública	1	0,2
	Ocupações mal-definidas ou não declaradas	56	10,4
	Não remuneradas	215	39,8
	Beneficiário do INSS	2	0,4
Estado civil	Casada	162	30,0
	Solteira	253	46,9
	Divorciada/desquitada/separada	30	5,5
	Viúva	7	1,3
	Tem companheiro (mora junto)	88	16,3

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Dentre as 540 mulheres que participaram do estudo, a média de idade encontrada foi de 27,97 anos, com mediana de 24 anos, desvio-padrão de 10,25 anos, variando de 18 a 65 anos. A maioria destas (63,3%) encontrava-se na faixa etária de 18 a 29 anos.

A maioria das mulheres em estudo era procedente do município de Uberaba (90,7%) e estudantes do EJA (34,1%). Embora tenha se percebido que as outras séries possuíam um maior número de estudantes, grande parte das mulheres que tinham 18 anos ou mais estava cursando o EJA, justificando os dados encontrados.

As categorias profissionais foram divididas de acordo com os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Censo de 1991 (IBGE, 1991), e acrescentadas às opções, ocupações não remuneradas e beneficiárias do INSS. Das mulheres que participaram da pesquisa, 215 (39,8%) exerciam atividades não remuneradas, já que a maior parte da população apenas estudava, seguida da ocupação de prestação de serviços (18,9%) como diaristas/domésticas, manicures/cabeleireiras, cuidadoras, cozinheiras, entre outras. O estado civil mais evidente no momento da pesquisa foi solteiro (46,9%).

Ressalta-se a importância de se traçar o perfil sociodemográfico da população, uma vez que o conhecimento desta pode variar em decorrência da idade, ocupação e estado civil, e influenciar o direcionamento das atividades educativas. Neste contexto, e de acordo com os dados sociodemográficos, um estudo realizado no mesmo município e com população semelhante em 2009, encontrou dados parecidos, evidenciando que o perfil da população em estudo não apresentou muitas variações ao longo dos anos (VALENTE et al., 2009).

Essas informações nos remetem a concordar com os autores que afirmam que a importância de se conhecer os dados do perfil sociodemográfico dos grupos de pessoas que podem beneficiar-se dos programas de rastreamento do CA ginecológico justifica-se pelo fato de que essas características relacionam-se ao acesso à informação, sobretudo as que envolvem o nível de escolaridade, o que não é o caso deste estudo, já que as participantes encontravam-se em graus semelhantes de escolaridade. Ressaltam-se que indivíduos de classes sociais menos favorecidas têm menor acesso aos serviços de saúde, o que pode lhes conferir, por exemplo, menor acesso à informação sobre a prevenção do CA de mama (FREITAS; TERRA; MERCÊS, 2011) e do CA de colo do útero.

Tabela 2. Caracterização dos meios de informação utilizados pelas estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno. Uberaba-MG, 2014.

	Variáveis	N	%
Televisão	Sim	358	66,3
	Não	182	33,7
Rádio	Sim	129	23,9
	Não	411	76,1
Internet	Sim	367	68,0
	Não	173	32,0
Jornais/revistas	Sim	143	26,5
	Não	397	73,5
Comunidade/amigos	Sim	120	22,2
	Não	420	77,8
Família	Sim	149	27,6
	Não	391	72,4
Outros meios	Sim	26	4,8
	Não	514	95,2

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Dentre os meios de informação utilizados, os mais citados foram internet (68,0%) e televisão (66,3%). Outros meios citados, com menor frequência e que não constavam no instrumento, foram: profissionais e postos de saúde (1,7%), celular (1,3%), escolas e palestras (0,6%) e livros (0,4%). Sob este prisma, um estudo realizado por Gomes et al (2012) com acadêmicas de Enfermagem no município de Montes Claros-MG (2012) encontrou que dentre as fontes de informação as mais comumente utilizadas também foram internet e televisão.

Ressalta-se que a importância de se conhecer os meios de informação mais utilizados pela população justifica-se pelo fato da necessidade de ampliação da divulgação e do acesso a temas relacionados à educação em saúde, de modo a aprimorar o conhecimento e a busca pelo autocuidado. Dessa forma, o estudo de Corrêa, Villela e Almeida (2012) evidencia a importância da transmissão do conhecimento, já que por meio deste notou-se que as mulheres que receberam informação dos profissionais de Saúde foram as que apresentaram proporção maior de realização do exame Papanicolaou, nos últimos três anos.

Neste contexto, outro estudo, realizado por Silva, Soares e Rego em 2013, com usuárias de uma Unidade de Saúde da Família (USF) evidenciou que a maioria das mulheres teve conhecimento das práticas de AEM através dos meios de comunicação, sendo que a prática era 17% maior em mulheres que o obtiveram através dos meios de comunicação em relação aos outros meios.

Um estudo de intervenção pedagógica realizado por Kim et al. (2010) com mulheres em sala de espera de um centro de saúde, enfatizou a mídia como um importante fator de disseminação de informações. Porém, nota-se que seu impacto sobre o conhecimento da população relativo ao CA de mama é mediano, uma vez que grande parte das campanhas ressalta apenas os métodos de diagnóstico precoce e não aborda outros quesitos importantes na sua realização, como a metodologia correta para o sucesso destes métodos.

Observa-se, portanto, que a mídia desempenha uma importante função na disseminação de informações para a população, já que se destaca como um dos principais meios de informação utilizados. Dessa forma, compete aos profissionais de Saúde e à mídia trabalharem juntos objetivando a transmissão de conhecimento, o ensino das técnicas, a periodicidade adequada para sua realização e o estímulo ao autocuidado.

Tabela 3. Caracterização do perfil sexual de estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno. Uberaba-MG, 2014.

	Variáveis	N	%
Já teve relação sexual	Sim	500	92,6
	Não	40	7,4
Possui parceiro sexual	Sim	411	82,2
	Não	129	23,9

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Com relação ao perfil sexual, das 500 mulheres (92,6%) que afirmaram já ter tido relação sexual, 411 (82,2%) disseram possuir parceiro fixo. Entre as 129 (23,9%) estudantes que alegaram não possuir parceiro fixo, estão incluídas aquelas que nunca tiveram relação sexual e as que alegaram não mais possuir relacionamento sexual.

Ressalva-se que a análise destas variáveis se faz necessária, uma vez que, de acordo com o INCA, além dos aspectos relacionados ao HPV, fatores relacionados ao comportamento sexual podem influenciar na regressão ou na persistência de lesões precursoras do CA de colo do útero (BRASIL, 2014).

Estudo realizado em uma escola pública da região sul de São Paulo-SP, em 2010, evidenciou que das 134 adolescentes entrevistadas, 87 (64,9%) já tinham iniciado a vida sexual (CIRINO; NICHATA; BORGES, 2010). Outro estudo, realizado por Machado et al. em 2010, encontrou que a maioria das mulheres investigadas com HPV era jovem, encontrava-se na fase reprodutiva, havia iniciado a vida sexual na adolescência e utilizava preservativos durante as relações sexuais de maneira inconsistente.

Estes dados reforçam a necessidade de um trabalho preventivo e educativo direcionado a essas mulheres, visando à orientação da população sobre os fatores de risco para o CA de colo do útero, tais como, sexarca precoce, multiplicidade de parceiros e a baixa adesão ao uso do preservativo.

Assim, enfatiza-se a importância da criação de estratégias direcionadas ao controle desses fatores, objetivando a minimização desse agravo na população com vistas à transformação e ao controle dessa doença (MACHADO et al., 2010; DIÓGENES et al., 2012).

4.2 IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO E PRÁTICA ACERCA DA APM E DO EXAME PAPANICOLAOU

Tabela 4. Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo as respostas referentes à APM. Uberaba-MG, 2014.

	Variáveis	N antes	% antes	N depois	% depois
Quem deve fazer a APM	Toda mulher sempre que sentir vontade	199	36,8	437	80,9
	Toda mulher a partir dos 35 anos	332	61,5	94	17,4
	Todas as mulheres após a menopausa	9	1,7	9	1,7
Periodicidade da APM	Sempre que a mulher se sentir à vontade	377	69,8	497	92,0
	Após a menopausa	91	16,9	23	4,3
	Apenas uma única vez	72	13,3	20	3,7
Como realizar a APM	Apenas em pé diante o espelho	167	30,9	42	7,8
	Apenas deitada ou durante o banho	32	5,9	11	2,0
	Diante o espelho, banho, deitada, etc	341	63,2	487	90,2
Para que serve a APM	Localizar caroços nas mamas precocemente	234	43,3	138	25,5
	Exame preventivo contra o CA de mama	237	43,9	143	26,5
	Localizar caroços maiores que 2 cm	69	12,8	259	48,0
O que procurar durante a APM	Somente caroços nas mamas	109	20,2	35	6,5
	Caroço, inchaço, secreção, dor, etc	353	65,4	482	89,3
	Caroços nas mamas e secreção nos mamilos	78	14,4	23	4,2
O que fazer se detectar alteração	Esperar para ver se a alteração some	44	8,2	17	3,2
	Procurar rapidamente o serviço de saúde	492	91,1	519	96,1
	Esconder o problema	4	0,7	4	0,7

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

De acordo com as respostas encontradas na Tabela 4, observa-se que nenhuma alternativa citada obteve totalidade de acertos ou erros antes ou após a atividade, porém, houve considerável aumento na proporção de acertos após a realização da atividade educativa.

Embora a avaliação do conhecimento adquirido sobre o tema tenha sido realizada de maneira pontual, logo após a atividade educativa, acredita-se que a atividade foi efetiva na transmissão de informações à população e que o ganho de conhecimento irá permanecer há longo prazo, uma vez que um estudo conduzido por Montañez et al., em 2011, evidenciou que antes da realização da intervenção educativa a respeito do CA de mama, apenas 6,7% das mulheres em estudo foram classificadas como tendo conhecimentos adequados sobre o tema, e que seis meses após a efetivação da atividade a proporção de conhecimentos adequados subiu para 93,3%.

Durante a realização das atividades de educação observou-se que as principais dúvidas referentes à APM relacionavam-se à diferença entre nódulos benignos e malignos, à idade correta para se iniciar a APM, à diferença entre APM e mamografia, a fatores de risco e proteção e aos principais sinais e sintomas do CA de mama.

Com relação ao questionário, dentre as alternativas, nota-se que a questão que obteve maior aumento proporcional de acertos, 44,1%, foi sobre quem deveria realizar a APM, pois se acredita que, no primeiro momento, grande parte da população tenha confundido as terminologias APM e mamografia.

Outra questão que desperta a atenção é em relação à serventia da APM, pois embora tenha sido ressaltada durante toda a atividade educativa sua real função, a de autoconhecimento, ainda assim foi grande o número de mulheres que acreditam que a APM é um exame preventivo contra o CA de mama ou que pode ser utilizada para localizar caroços nas mamas precocemente.

Neste contexto, e corroborando com estes dados, um estudo realizado em sala de espera de um ambulatório de especialidades do município de Uberaba-MG (2013) apontou que grande parte das participantes apresentou desconhecimento com relação à finalidade do AEM, sendo que 52,5% destas referiram que o AEM permite localizar nódulos precocemente e 31,5% disse ser este um exame preventivo contra o CA de mama (MENDES; SILVEIRA; SILVA, 2013).

Estes dados são preocupantes, uma vez que a ideia errônea de que a APM detecta precocemente nódulos nas mamas ou ser este um exame preventivo pode prejudicar a utilização das estratégias para rastreamento do CA de mama e retardar a procura pelo serviço de saúde. Neste sentido, ressalta-se, novamente, a necessidade da educação em saúde

visando orientar a população sobre o real significado da APM e a importância dos métodos de rastreamento do CA de mama, como o ECM e a mamografia, de acordo com as orientações do MS.

No geral, notou-se que o tema CA de mama causava mais desconforto e medo nas participantes. Isso pode ser explicado pelo fato da mama estar relacionada à autoimagem da mulher e ser um órgão ligado à sexualidade e à amamentação. Embora tenha se observado que este assunto despertava mais apreensão, percebeu-se que o assunto sobre o exame Papanicolaou despertava mais interesse nas participantes, talvez pelo fato de estar mais relacionado ao perfil da população em estudo, uma vez que se trata de mulheres jovens, ainda em idade reprodutiva, e por relacionar questões como métodos contraceptivos e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Tabela 5. Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo as respostas referentes ao conhecimento e prática da APM. Uberaba-MG, 2014.

	Variáveis	N	%
Você já ouviu falar sobre APM	Sim e sei do que se trata	425	78,7
	Sim, mas não sei do que se trata	89	16,5
	Não, nunca ouvi falar	26	4,8
Você faz a APM	Sim, todos os anos	104	19,3
	Sim, às vezes	190	35,2
	Não, nunca	246	45,5

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Quando indagadas quanto ao conhecimento sobre a APM, 425 (78,7%) mulheres afirmaram que já tinham ouvido falar e que sabiam do que se tratava. Porém, quando comparado com os dados da tabela anterior infere-se que este conhecimento não era total e homogêneo.

Embora tenha ocorrido mudança nas diretrizes do INCA referente às ações de rastreamento do CA mamário e no modo de orientar as mulheres para a prática de autocuidado com as mamas, destaca-se que a participação da mulher nesse processo é fundamental e de grande importância. Assim, a estratégia atual recomendada é a de APM, de modo a orientar as mulheres sobre as mudanças normais das mamas em diferentes momentos do ciclo e divulgar os principais sinais e sintomas do CA, estimulando-as a procurarem esclarecimento médico no caso do aparecimento de qualquer sinal de alteração e a realizarem a APM sem método e período estabelecido (BRASIL, 2013, 2014; THORNTON; PILLARISSETTI, 2008).

Um dado que desperta a atenção é com relação à realização da APM, uma vez que 246 (45,5%) mulheres disseram que nunca tinham realizado. Essa questão é retratada por Portela e Tirado (2011) quando afirmam que o CA de mama se destaca como um dos tumores malignos que apresentam o maior índice de mortalidade entre as mulheres, sendo que uma das causas fundamentais desse comportamento pode ser explicada pela falta de percepção das mulheres quanto ao AEM, atualmente APM, como um método importante no auxílio à detecção dessas alterações e a necessidade de acompanhamento médico especializado anualmente, associados aos métodos de rastreamento precoce.

Sob este prisma, salienta-se que tanto o AEM quanto a APM são exames simples e importantes no autoconhecimento e na ação de controle do CA de mama. Neste contexto, e enfatizando a importância dessa técnica, um estudo realizado com mulheres em tratamento quimioterápico contra o CA de mama de um hospital de clínicas do município de Uberaba-MG (2011) destacou que das mulheres em tratamento, 14 (77,77%) haviam descoberto o CA de mama através do AEM (SILVA; RIUL, 2011). Outro estudo realizado com usuárias de uma USF identificou que aproximadamente 19,7% das praticantes do AEM detectaram alterações mamárias ao realizar a técnica (SILVA; SOARES; REGO, 2013), ressaltando assim a importância de sua realização na detecção de alterações e na busca por ajuda especializada.

Tabela 6. Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo as respostas referentes ao exame Papanicolaou. Uberaba-MG, 2014.

	Variáveis	N	%	N	%
		antes	antes	depois	depois
Para que serve o Papanicolaou	Ver o bebê através da US	4	0,8	2	0,4
	Diagnosticar o CA do colo do útero	497	92,0	525	97,2
	Impedir que a mulher tenha CA, não sendo portanto necessário repetir o exame	39	7,2	13	2,4
Como é realizado o Papanicolaou	Coleta de células do colo do útero	516	95,6	531	98,3
	Coleta de sangue e urina	8	1,5	6	1,1
	Aparelho de US	16	2,9	3	0,6
Início de realização do Papanicolaou	Início da atividade sexual	436	80,8	495	91,7
	Primeira menstruação	100	18,5	45	8,3
	Após a menopausa	4	0,7	0	0,0
Periodicidade do Papanicolaou	Uma vez por ano	518	95,9	530	98,1
	Sempre que a menstruação atrasar	12	2,2	3	0,6
	Uma única vez	10	1,9	7	1,3
Onde o Papanicolaou pode ser feito	Postos e unidades de saúde	530	98,1	535	99,1
	Apenas em clínicas especializadas	10	1,9	5	0,9
	Em casa	0	0,0	0	0,0
Após o exame, você deve	Ficar tranquila, pois já está protegida	13	2,4	13	2,4
	Buscar o resultado e ir ao médico	527	97,6	525	97,2
	Apenas buscar o resultado	0	0,0	2	0,4
Preparos pré-exame Papanicolaou	Não estar menstruada e não ter feito uso de qualquer material 48h antes	459	85,0	519	96,1
	Estar menstruada e não ter tido relação sexual	9	1,7	6	1,1
	Não estar menstruada e ter feito uso de ducha vaginal antes do exame	72	13,3	15	2,8

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Com relação ao exame Papanicolaou, observa-se que houve maior proporção de acertos quando comparado com a APM. Percebe-se que a grande maioria das estudantes possuía conhecimento satisfatório sobre a finalidade do exame (92%). Em contrapartida, estudo semelhante realizado com estudantes do ensino médio de escolas públicas do município de Uberaba-MG, em 2009, evidenciou que 85% das estudantes mostraram conhecer o objetivo do exame Papanicolaou, enquanto 12% destas responderam ser este um exame que protege a mulher impedindo o desenvolvimento do CA de colo do útero (VALENTE et al., 2009).

Um fato que desperta a atenção é o referente ao início de realização do exame, já que houve confusão se deveria ser feito no começo da vida sexual ou a partir da primeira menstruação, o que faz com que, pressuponha-se que muitas não procuram os serviços de saúde no momento ideal.

Outro fato importante é em relação ao comportamento após realizar o exame, já que houve um decréscimo de 0,4% na opção buscar o resultado e retornar ao profissional de Saúde. Acredita-se que esta alteração esteja mais relacionada ao erro de preenchimento do questionário do que à própria mudança de comportamento.

A análise desses dados é fundamental, uma vez que, de acordo com o INCA, aproximadamente 40,0% das mulheres que realizam o exame Papanicolaou não buscam o resultado. Neste contexto, ressalta-se que para garantir o sucesso do rastreamento e da prevenção do CA de colo do útero, o profissional de Saúde deve realizar a busca ativa dessas mulheres, garantindo assim detecção precoce e cura para os diagnósticos de CA ou lesão precursora (BRASIL, 2002).

Tabela 7. Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo as respostas referentes ao conhecimento e prática do exame Papanicolaou. Uberaba-MG, 2014.

	Variáveis	N	%
Você já ouviu falar sobre o Papanicolaou	Sim, mas não sei o que é	57	10,5
	Sim, e sei o que é	480	88,9
	Não, nunca ouvi falar	3	0,6
Você faz o exame Papanicolaou	Sim, todos os anos	319	59,1
	Sim, porém raramente	119	22,0
	Não, nunca	102	18,9

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Quando questionadas quanto à realização do exame Papanicolaou, 102 (18,9%) mulheres disseram que nunca tinham realizado o exame. Este dado desperta a atenção, uma vez que apenas 40 (7,4%) mulheres afirmaram não ter tido relação sexual.

Esses números refletem a importância do profissional de Saúde trabalhar de forma articulada e integrada, possibilitando o acesso dessas mulheres ao serviço de saúde e conseqüentemente ao exame Papanicolaou. Sob esse prisma, a Enfermagem se destaca por sua formação humanista, holística e voltada para a educação em saúde, e desta forma pode contribuir efetivamente para o aumento do número de realização do exame Papanicolaou (BIM et al., 2010).

Percebeu-se durante a realização das atividades educativas que um dos motivos alegados para a não realização do exame Papanicolaou por estas mulheres era a vergonha de realizá-lo e o medo da dor. Outro aspecto importante observado é que embora tivessem mais de 18 anos, muitas afirmaram que o desconhecimento dos pais quanto à iniciação da atividade sexual dificultava o acesso ao exame.

Neste contexto, corroborando com esses dados e de acordo com o estudo de Cirino, Nichiata e Borges, em 2010, das 41 adolescentes do estudo que afirmaram nunca terem realizado o exame Papanicolaou, 26,8% disseram que não o fizeram por medo e 19,5% por vergonha. Outro estudo realizado na cidade de Floriano-PI, em 2014, encontrou dados semelhantes em que as principais barreiras relatadas para a não realização do exame foram ausência de sintomas (39,5%) e vergonha (26,9%) em se submeter ao procedimento (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Com relação ao desconhecimento dos pais quanto à iniciação da atividade sexual e sua relação com a dificuldade de acesso ao exame Papanicolaou nota-se que também, é preciso desenvolver atividades de educação em saúde com pais e responsáveis, uma vez que o início das atividades sexuais dos filhos tem se tornado mais precoce, com vistas a esclarecer a importância desse exame e a utilização de métodos contraceptivos, visando ampliar o diálogo e o acesso dessas meninas ao exame Papanicolaou.

A análise desses fatores se faz importante, pois podem atuar como obstáculos para um comportamento preventivo em relação ao CA de colo do útero, impedindo o estabelecimento de ações eficazes para a prevenção. Assim, objetivando romper esses tabus, considera-se fundamental a atuação do profissional de Saúde como facilitador do acesso a esse exame pelas mulheres (FERREIRA, 2009).

Observou-se, também, durante a realização das atividades educativas, que embora muitas mulheres já tenham ouvido falar sobre o HPV, ainda desconhecem sua relação com o CA de colo de útero. Confirmando esses dados, um estudo realizado com universitários de ambos os sexos do Campus da Baixada Santista da UNIFESP evidenciou que os alunos, em sua maioria, já haviam ouvido falar sobre o HPV, porém, possuíam um conhecimento

limitado a respeito de questões específicas relacionadas com a forma de transmissão, com o desenvolvimento de doenças associadas e, de forma correspondente, com as formas de prevenção (COSTA; GOLDENBERG, 2013).

Outro estudo realizado por Silva et al. (2012) com mulheres em salas de espera de um serviço de ginecologia e obstetrícia do município de Uberaba-MG constatou que as participantes, de forma geral, desconheciam a relação do HPV com o CA de colo de útero, bem como os fatores de risco associados.

Esses dados se mostram importantes, uma vez que a falta de informações referente aos riscos de infecção pelo HPV pode ocasionar aumento da infecção por este vírus e consequentemente a elevação dos casos de CA de colo do útero (ARRUDA et al., 2013).

Neste sentido, enfatiza-se a necessidade de ampliação ao acesso à informação, através de campanhas de educação em saúde, utilizando-se técnicas e linguagens apropriadas ao perfil da população, objetivando-se maior adesão ao exame e, em consequência, redução da mortalidade por causas relacionadas (CIRINO; NICHATA; BORGES, 2010).

Assim, destaca-se a necessidade e a importância da realização de campanhas educativas, enfatizando a periodicidade de realização do exame, a busca ativa das mulheres pelos agentes comunitários de saúde e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde visando à captação de toda a população para a realização do exame Papanicolaou e ao aumento na quantidade de exames realizados (MELO et al., 2009).

Observou-se que uma dúvida frequente nas escolas estava relacionada à imunização contra o HPV e sua efetividade. Então, foram esclarecidas as dúvidas e as mulheres foram orientadas de que a vacinação não exclui a necessidade de ações de prevenção e de detecção precoce através do exame Papanicolaou (BRASIL, 2014). Observou-se também que muitas mulheres demonstraram desconhecer onde e quem procurar nos serviços de saúde para sanar dúvidas relacionadas com o tema.

4.3 COMPARAÇÃO DO CONHECIMENTO RELATIVO À APM E AO EXAME PAPANICOLAOU ANTES E APÓS A REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE EDUCATIVA E VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA DA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Tabela 8. Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo o número de acertos e erros referente à APM. Uberaba-MG, 2014.

Variável	Correto (antes)		Correto (depois)		Incorreto (antes)		Incorreto (depois)		McNemar %
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Quem deve fazer a APM	199	36,9	437	80,9	341	63,1	103	19,1	< 0,001
Periodicidade da APM	377	69,8	497	92,0	163	30,2	43	8,0	< 0,001
Situações para realizar APM	341	63,1	487	90,2	199	36,9	53	9,8	< 0,001
Serventia da APM	69	12,8	259	48,0	471	87,2	281	52,0	< 0,001
O que procurar na APM	353	65,4	482	89,3	187	34,6	58	10,7	< 0,001
Conduta em caso de alteração	492	91,1	519	96,1	48	8,9	21	3,9	< 0,001

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Tabela 9. Distribuição das estudantes de escolas públicas do ensino médio noturno segundo o número de acertos e erros referente ao exame Papanicolaou. Uberaba-MG, 2014.

Variável	Correto (antes)		Correto (depois)		Incorreto (antes)		Incorreto (depois)		McNemar %
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Serventia do Papanicolaou	497	92,0	525	97,2	43	8,0	15	2,8	< 0,001
Como é feito o Papanicolaou	516	95,6	531	98,3	24	4,4	9	1,7	0,004
Início do Papanicolaou	436	80,7	495	91,7	104	19,3	45	8,3	< 0,001
Quando fazer o Papanicolaou	518	95,9	530	98,1	22	4,1	10	1,9	0,23
Onde realizar o Papanicolaou	530	98,1	535	99,1	10	1,9	5	0,9	0,227
Conduta pós-resultado	527	97,6	525	97,2	13	2,4	15	2,8	0,815
Procedimentos pré-exame	459	85,0	519	96,1	81	15,0	21	3,9	< 0,001

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Analisando as tabelas, quanto ao conhecimento relativo à APM e ao exame de Papanicolaou antes e após a intervenção educativa, nota-se que houve acréscimo no conhecimento da população em estudo, tanto em relação à APM quanto ao exame Papanicolaou. A análise de McNemar nos mostra que em grande parte das alternativas houve diferença antes e após a atividade educativa, uma vez que os dados foram estatisticamente significativos, demonstrando a sua eficácia.

Apenas nos itens “quando realizar o exame Papanicolaou”, “onde realizar” e “conduta pós-resultado” não apresentaram grande proporção de mudança, uma vez que a resposta antes da atividade educativa já possuía proporção de acerto considerável.

Apesar dos testes estatísticos terem demonstrado que a atividade foi efetiva, observa-se que com relação à APM o percentual de respostas incorretas após a atividade educativa ainda é relevante, especificamente nos itens “quem deve fazer a APM (19,1%)” e “para que serve a APM (52,0%)”. Estes dados reforçam a importância das atividades educativas em grupo aliadas às atividades educativas individuais, objetivando garantir a ampliação do acesso a informações pelas mulheres, principalmente para aquelas pertencentes a grupos vulneráveis ou que por qualquer motivo apresentem dificuldade no aprendizado, como observado em algumas mulheres durante a realização deste estudo.

Ainda evidenciando a importância das atividades educativas, um estudo de intervenção realizado com mulheres com fatores de risco para o CA de mama, pertencentes ao consultório médico Universitário Ramón López Peña, da província de Santiago de Cuba, em 2011, com o intuito de mensurar a informação a respeito do CA de mama e a efetivação da atividade educativa mostrou que o conhecimento prévio referente ao assunto era adequado somente em 9,6% das participantes do estudo, e que seis meses após a realização da atividade educativa 96,8% das mulheres demonstraram adquirir informações adequadas sobre o tema (HECHAVARRÍA et al., 2011).

Outro estudo de intervenção, realizado com mulheres hispânicas, verificou que após a realização da atividade de educação houve melhora significativa sobre as taxas de triagem do exame Papanicolaou, o conhecimento do CA de colo do útero e a auto-eficácia, ressaltando a importância da educação em saúde principalmente a grupos vulneráveis (O'BRIEN et al., 2010). Ainda neste contexto, a pesquisa realizada por Valente et al (2009) comprovou a eficácia da atividade educativa, uma vez que houve acréscimo de 24% na proporção de acertos nas respostas referente ao exame Papanicolaou após a realização da intervenção educativa.

Desta forma, como constatado no estudo de Oliveira et al. (2012), observa-se a importância da atividade educativa, objetivando o aumento do conhecimento relacionado ao autocuidado tanto em nível individual quando coletivo, obtendo-se assim a transformação da realidade da população e a participação da comunidade nesse processo.

Tabela 10. Comparação dos escores obtidos antes e após a realização da atividade educativa. Uberaba-MG, 2014.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	p	d Cohen
Escore Papanicolaou antes	14,29	100,00	92,14	100,00	12,61	<0,001	0,53
Escore Papanicolaou depois	28,57	100,00	96,83	100,00	8,5		
Escore Autopalpação antes	16,67	100,00	56,51	50,00	20,46	<0,001	1,62
Escore Autopalpação depois	0,00	100,00	82,75	83,33	18,34		
Escore geral antes	23,08	100,00	75,69	76,92	12,42	<0,001	1,52
Escore geral depois	23,08	100,00	90,33	92,31	10,65		

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Analisando os escores antes e após a realização da atividade educativa observa-se que todos foram estatisticamente significativos. Os valores do *d* de Cohen, magnitude do efeito, demonstram que a atividade foi relevante na questão do conhecimento relativo à APM e do exame Papanicolaou (COHEN, 1988).

De acordo com o *d* de Cohen para o escore de Papanicolaou, 0,53, a intervenção possuiu efeito de moderada magnitude sobre a população. O escore da APM, 1,62, nos mostra que a intervenção possuiu efeito de grande magnitude, e o escore geral, 1,52, que a intervenção também possuiu efeito de grande magnitude. Todos os escores demonstraram que houve uma diferença educacional positiva, reforçando a importância das atividades educativas na transmissão de informações e no impacto do nível de conhecimento de uma população.

4.4 VERIFICAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DOS DADOS DO PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO E SEXUAL COM O CONHECIMENTO PRÉVIO E COM O GANHO DE CONHECIMENTO RELATIVO À APM E AO EXAME PAPANICOLAOU

Tabela 11. Correlação das variáveis sociodemográficas quantitativas com os escores de conhecimento e ganho de conhecimento. Uberaba-MG, 2014.

Variáveis	Antes		Depois		Ganho de conhecimento	
	Person	p	Person	p	Person	p
Idade						
Papanicolaou	0,205	<0,001	-0,019	0,656		
Autopalpação das mamas	0,133	0,002	0,113	0,009	-0,141	0,001
Geral	0,213	<0,001	0,081	0,059		
Meios de informação						
Papanicolaou	0,120	0,005	0,103	0,017		
Autopalpação das mamas	0,036	0,410	0,060	0,165	-0,013	0,756
Geral	0,093	0,032	0,092	0,032		

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Analisando as variáveis sociodemográficas quantitativas com os escores de conhecimento e ganho de conhecimento observa-se que houve uma fraca correlação entre estas variáveis antes e após a realização da atividade educativa. Uma explicação plausível para estes dados é a de que a população possui um perfil homogêneo, já que todas são estudantes e possuem meios para adquirir informações.

Em contrapartida, um estudo realizado por Vasconcelos et al. em 2011, evidenciou proporções mais altas de conhecimento e atitudes adequados em mulheres com idade superior a 35 anos (VASCONCELOS et al., 2011).

Neste contexto, infere-se que, apesar de os testes estatísticos demonstrar fraca correlação entre as variáveis citadas e o conhecimento das mulheres quanto ao exame

Papanicolaou e APM, diversos fatores podem estar relacionados à deficiência desse conhecimento e à prática das mulheres em relação a estes exames. Assim, é essencial que os profissionais de Saúde avaliem esses fatores e busquem respostas efetivas, a fim de direcionar as ações de educação em saúde, objetivando melhorar a assistência prestada e garantir mais acessibilidade e adesão a esses meios (VASCONCELOS et al., 2011).

Tabela 12. Correlação das variáveis sociodemográficas dicotômicas com os escores de conhecimento e ganho de conhecimento. Uberaba-MG, 2014.

Variáveis	Escore antes				Escore depois			Ganho de conhecimento		
	N	X	s	p	X	s	p	X	s	p
Possui companheiro Papanicolaou										
Sim	250	93,60	11,08	0,011	96,62	9,62	0,620	13,97	12,01	0,259
Não	290	90,88	13,67		96,99	7,52		15,20	13,12	
Autopalpação										
Sim	250	57,86	19,65	0,153	84,60	16,88	0,027	13,97	12,02	0,259
Não	290	55,34	21,09		81,15	19,38		15,20	13,12	
Geral										
Sim	250	77,11	11,74	0,14	91,08	10,61	0,129	13,97	12,02	0,259
Não	290	74,48	12,88		89,68	10,66		15,20	13,12	
Relação Sexual Papanicolaou										
Sim	500	93,20	10,79	<0,001	97,14	7,94	0,058	14,29	12,19	0,100
Não	40	78,93	22,64		92,86	13,72		18,85	16,79	
Autopalpação										
Sim	500	57,00	20,37	0,050	83,37	17,35	0,060	14,29	12,19	0,028
Não	40	50,42	20,84		75,00	26,95		18,85	16,79	
Geral										
Sim	500	76,49	11,75	<0,001	90,78	9,79	0,033	14,29	12,19	0,028
Não	40	65,77	16,05		84,61	17,42		18,85	16,79	
Parceiro Fixo Papanicolaou										
Sim	411	93,53	10,27	<0,001	96,94	8,44	0,575	14,30	11,79	0,338
Não	129	87,71	17,47		96,45	8,93		15,68	14,97	
Autopalpação										
Sim	411	56,45	19,85	0,902	83,45	17,40	0,147	14,30	11,79	0,338

Não	129	56,72	22,39		80,49	20,95		15,68	14,97	
Geral										
Sim	411	76,42	11,37	0,039	90,71	10,02	0,176	14,30	11,79	0,338
Não	129	73,40	15,14		89,09	12,41		15,68	14,97	

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

Quanto à correlação das variáveis sociodemográficas dicotômicas com os escores de conhecimento antes e após e ganho de conhecimento, observa-se que o conhecimento antes da atividade educativa para as variáveis Papanicolaou (possui companheiro, já teve relação sexual e parceiro fixo), APM (relação sexual) e geral (relação sexual e parceiro fixo) foi estatisticamente significativo, demonstrando que estas variáveis exerciam diferenciações no conhecimento das mulheres. Após a intervenção educativa, nota-se que estas deixaram de ser estatisticamente significativas demonstrando que a atividade exerceu influência positiva na população, tornando o conhecimento mais homogêneo.

A análise destas variáveis se faz importante uma vez que é necessário ampliar e fortalecer as ações preventivas e educativas, especialmente para o grupo de mulheres mais vulneráveis (CORREA et al., 2012).

Neste sentido, uma pesquisa realizada com adolescentes de uma escola pública do Distrito Administrativo da cidade Ademar, região sul de São Paulo-SP, em 2010, apontou que as adolescentes que afirmaram possuir companheiro e já ter iniciado a vida sexual apresentaram percentual maior de conhecimento se comparadas às adolescentes solteiras e virgens (CIRINO; NICHATA; BORGES, 2010). Corroborando com estes dados, outros estudos mostram que a situação conjugal tem efeito significativo no conhecimento, com maior cobertura do exame Papanicolaou entre as mulheres que vivem com companheiro (ALBUQUERQUE et al., 2009) e no AEM (BRITO et al., 2010).

Assim, ressalta-se que as atividades educativas são importantes, pois promovem a educação em saúde e permitem a troca de saberes entre os palestrantes e os ouvintes, sendo atribuição do Enfermeiro a capacitação do indivíduo, o estímulo a promoção do autocuidado e o incentivo a práticas como a APM e o exame Papanicolaou (SILVA et al., 2012). Acredita-se que a mudança de comportamento é difícil de ser alcançada, mas as informações discutidas sobre o tema influenciarão essa mudança.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou verificar a eficácia da atividade de educação em saúde realizada com estudantes do ensino médio, EJA e magistério do período noturno de escolas públicas, a respeito da APM e do exame Papanicolaou. Realizou-se também a caracterização sociodemográfica e sexual dessas mulheres, a comparação do conhecimento antes e após a realização da atividade educativa e a associação dessas com os dados do perfil sociodemográfico e sexual.

O grupo de sujeitos (540) foi composto por mulheres, em sua maioria com idade entre 18 a 29 anos (63,3%), residentes em Uberaba (90,7%), estudantes da modalidade EJA (34,1%), exercendo atividades não remuneradas (39,8%), solteiras (46,9%) e usuárias de internet (68,0%) e televisão (66,3%), como as principais fontes de informações. Com relação aos aspectos do perfil sexual a grande maioria afirmou já ter tido relação sexual (92,6%) e possuir parceiro sexual (76,1%).

No que tange ao conhecimento referente à APM e ao exame Papanicolaou, concluiu-se que, em um contexto geral, as mulheres possuíam um déficit de conhecimento maior referente à APM. Percebeu-se que as principais dúvidas referentes ao exame da mama relacionavam-se à diferença entre nódulos benignos e malignos, à idade correta para se iniciar a APM, à diferença entre APM e mamografia, aos fatores de risco e proteção e aos principais sinais e sintomas do CA de mama.

Com relação às informações obtidas, a questão que apontou maior aumento proporcional de acertos, 44,1%, foi aquela sobre quem deveria realizar a APM; outra questão que despertou atenção foi a que estava relacionada à serventia da APM, pois foi grande o número de mulheres que referiram que a APM é um exame preventivo contra o CA de mama ou que pode ser utilizado para localizar caroços precocemente.

Quanto ao Papanicolaou, um fator que chamou a atenção foi aquele relativo ao início de realização do exame, já que houve confusão se este deveria ser feito no começo da vida sexual ou a partir da primeira menstruação. Outro fator importante referiu-se à realização do exame Papanicolaou, já que 102 (18,9%) mulheres disseram que nunca fizeram o exame e apenas 40 (7,4%) afirmaram não ter tido relação sexual.

Concluiu-se ainda que houve aumento do conhecimento da população em estudo tanto em relação à APM quanto em relação ao exame de Papanicolaou. O teste do d de Cohen nos mostra que os escores de Papanicolaou, APM e o escore geral apresentaram efeito de

moderada e grande magnitude sobre a população, e uma diferença educacional positiva em relação ao conhecimento antes e após a realização da atividade educativa.

Quanto à correlação das variáveis sociodemográficas dicotômicas com os escores de conhecimento antes e após e ganho de conhecimento, verifica-se que algumas variáveis exerciam diferenciações no conhecimento das mulheres e que após a realização da atividade educativa o conhecimento destas mulheres se tornou homogêneo, demonstrando que a atividade exerceu influência positiva na população reduzindo as desigualdades do nível de conhecimento e tornando o conhecimento homogêneo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, tornou evidente a necessidade da transmissão de informações referente ao tema, que é de extrema importância para as diversas populações e apresenta-se como uma ferramenta fundamental na assistência de Enfermagem, pois durante a realização das atividades educativas foi notório o quanto essas mulheres são carentes de informações relacionadas à temática.

Sob este prisma, infere-se que esses dados nos remetem à necessidade da criação de estratégias e programas que visem à redução do número de casos do agravo citado, despertando nas mulheres o interesse para o autocuidado, a prevenção primária através da mudança de hábitos de vida e para a realização dos exames de rastreamento do CA de mama e do CA do colo do útero, por meio da efetivação das atividades educativas.

Para o desenvolvimento deste trabalho os encontros ocorreram somente na presença de pessoas do sexo feminino. Este detalhe foi fundamental para que as mulheres pudessem ficar à vontade para expor suas dúvidas e até mesmo darem depoimentos pessoais ou envolvendo amigas e familiares.

Considera-se que a atividade educativa gerou um impacto educacional positivo, uma vez que ampliou o conhecimento referente à temática e que, de forma geral, coordenadores, professores e a maioria das alunas demonstraram interesse na continuidade de atividades educativas semelhantes visando à troca de experiências e ao ensino sobre questões relacionadas à temática.

Apona-se como limitação deste estudo o fato de que o questionário subsequente à realização da atividade educativa foi aplicado imediatamente após a sua execução, dado o exíguo tempo disponível para a sua efetivação, e não após um período suficiente para que se pudesse constatar a eficácia da atividade na mudança de comportamento do grupo de participantes. Esta lacuna no conhecimento obtido poderá servir de estímulo para novas investigações na área.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sonia. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan. / fev. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013.
- ALBUQUERQUE, Carla Lorena Ferreira et al. Knowledge, attitudes and practices regarding the Pap test among women in northeastern Brazil. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 132, n. 1, p. 3-9, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v132n1/1516-3180-spmj-132-01-00003.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.
- ALBUQUERQUE, Kamila Matos de et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 25, supl 2, p. 301-309, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/12.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013.
- ARRUDA, Felipe da Silva et al. Conhecimento e prática na realização do exame de Papanicolaou e infecção por HPV em adolescentes de escola pública. **Rev. Para. Med.**, v. 27, n. 4, p. 59-65, out. / dez. 2013. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n4/a4078.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.
- BIM, Cíntia Raquel et al. Early diagnosis of breast and cervical cancer in women from the municipality of Guarapuava, PR, Brazil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 939-44, dec. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_12.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção primária: Rastreamento**. Brasília, 2010. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3ed. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_control_cancer.pdf. Acesso em: 18 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama: documento de consenso.** Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2007c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento de câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011c. Disponível em: <http://www.mg.vivamulher.com.br/downloads/diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uteropdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2007b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_incidencia_cancer_2008.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_2010_incidencia_cancer.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre Câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uteropdf>. Acesso em: 08 maio. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro, 2011d. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee/pdf_pncc_colouteropdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee>. Acesso em: 08 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO):** Manual gerencial. Rio de Janeiro, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Situação de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2007a.

BRITO, Luciane Maria Oliveira et al. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 241-246, maio. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n5/a07v32n5.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

CASARIN, Micheli Renata; PICCOLI, Jaqueline da Costa Escobar. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3925-3932, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a29v16n9.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

CEOLIN, Rejane et al. Educação em saúde como ferramenta para uma atenção integral à saúde da mulher: uma reflexão teórica. **Rev. Enferm. Frederico Westphalen**, Rio Grande do Sul, v. 4 e 5, n. 4 e 5, p. 127-137, 2009. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1141/1619>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi; BORGES, Ana Luiza Vilela. Conhecimento, atitudes e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Esc. Anna Neri Esc. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 126-134, jan. /mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a19.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

COHEN, Jacob. *Statistical Power Analysis for the behavioral Sciences*. 2ª ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum. 1988.

CORREA, Dina Albuquerque Duarte; VILLELA, Wilza Vieira; ALMEIDA, Ana Maria de. Challenges to the organization of a cervical cancer screening program in Manaus-AM. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 395-400, apr. /june. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a18v21n2.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

CORREA, Michele da Silva et al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2257-2266, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n12/05.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

COSTA, Larissa Aparecida; GOLDENBERG, Paulete. Papilomavírus Humano (HPV) entre Jovens: um sinal de alerta. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 249-261, 2013. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-12902013000100022?tab=summary>> Acesso em: 10 jun. 2014.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ACIOLLI, Sonia. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Rev. Bras.**

Enferm., Brasília, v. 63, n. 1, p. 127-31, jan. /fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a21.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha et al. Fatores de risco para câncer cervical e adesão ao exame Papanicolaou entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Rene.**, v. 13, n. 1, p. 200-10, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/31>> Acesso em: 10 jun. 2014.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vania Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-73, jul. /ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 378-84, abr. /jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a20.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

FREITAS, Catia Regina Pirhardt; TERRA, Karina Lemos; MERCÊS; Nen Nalú Alves das. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 682-7, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n4/v32n4a07.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

GOMES, Ludmila Mourão Xavier et al. Conhecimento e prática do autoexame das mamas por acadêmicas de enfermagem. **Rev. Cub. Enferm.**, Habana, v. 28, n. 4, p. 465-473, set. /dez. 2012. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n4/enf03412.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

HECHAVARRÍA, Gipsy de los Angeles et al. Actividades educativas em mujeres com factores de riesgo de câncer de mama. **Medisan.**, Santiago de Cuba, v. 15, n. 6, p. 754-761, 2011. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_6_11/san05611.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Códigos de Ocupações**. 1991. Disponível em: <<http://concla.ibge.gov.br/estrutura/ocupacao-estrutura>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

KIM, Daniel Dongiu et al. Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 15, supl 1, p. 1377-1381, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/047.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2014.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Comportamento sexual de mulheres com papiloma vírus humano em serviços de referência de Fortaleza, Ceará. **RBPS**, Fortaleza, v. 23, n. 1, p. 43-47, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/1170/2291>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

MELO, Simone Cristina Castanho Sabaini de et al. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v.30,

n.4, p.602-8, out. /dez. 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v30n4/a04v30n4.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

MENDES, Lorena Campos; SILVEIRA, Carolina Freitas; SILVA, Sueli Riul. Conhecimento de mulheres a respeito do exame de Papanicolaou e do Autoexame das mamas. **Rev. Enferm. Atenção saúde.**, Uberaba, v. 2, n. 3, p. 4-17, 2013. Disponível em:

<<http://www.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/403/429>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

MENDONÇA, Vilma Guimarães. **Mortalidade por câncer de colo do útero na cidade do Recife: tendência temporal e perfil sócio-demográfico.** 2006. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-infantil) – Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, 2006. Disponível em:

<http://www.imip.org.br/site/arquivos_anexo/mestrado%20vilma%20g;;20071130.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2014.

MENKE, Carlos Henrique; DELAZERI, Gerson Jacob. Autoexame ou autoengano? **Femina.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 3-6, jan. 2010. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a002.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

MORAES, Maria Helena Buena. de. Câncer ginecológico. In: _____ **Enfermagem Oncológica.** Barueri-SP: Manole, 2007. cap. 18, 285-299 p.

MONTAÑEZ, Susel Pardo et al. Modificación de conocimientos sobre cáncer de mama em trabajadoras com factores de riesgo de la enfermedad. **Medisan.**, Santiago de Cuba, v. 15, n.1, p. 92- 98, enero. 2011. Disponível em: < <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n1/san13111.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014

MOURA, Ana Débora Assis et al. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 94-104, jan. /mar. 2010. Disponível em:

<http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4013/1/2010_art_adamoura.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2014.

O'BRIEN, Matthew J et al. Community Health Worker Intervention to Decrease Cervical Cancer Disparities in Hispanic Women. **J. Gen. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 25, n. 11, p. 1186–92, 2010. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2947642/pdf/11606_2010_Article_1434.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

OLIVEIRA, Andressa Mendonça et al. Extension activities aimed at the prevention and treatment of gynecological and breast cancer: an experience report. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 231-6, feb. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n1/en_v46n1a32.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2014.

PORTELA, Joel R. Sánchez; TIRADO, Belkis Verga. Câncer de mama: ¿Es posible prevenirlo?. **Rev. Cienc. Med.**, Cuba, v. 15, n. 1, p: 14-28, enero. /marzo. 2011. Disponível em: < <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n1/rpr03111.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

RODRIGUES, Anselmo Duarte; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero em município de porte médio da Região

Sudeste do Brasil, 1980-2006. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 241-248, fev. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/05.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2014.

SILVA, Irene de Jesus et al. Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, vol. 43, n. 3, p. 697-703, sept. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a28v43n3.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2013.

SILVA, Naiara Riquelme de Ataíde; SOARES, Daniela Arruda; REGO de Jesus, Sandra. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. **Ver. Enfermería Global.**, n. 29, p. 463-476, enero. 2013. Disponível em: <<http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/29574/1/Conocimiento%20y%20pr%C3%A1ctica%20del%20autoexamen%20de%20mamas%20por%20usuarias%20de%20la%20Unidad%20de%20Salud%20de%20la%20Familia.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

SILVA, Pamella Araujo, RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p.1016-2, nov. /dez. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a05.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

SILVA, Sueli Riul da et al. Atividades educativas na área da saúde da mulher: um relato de experiência. **Rev. Enferm. Atenção Saúde.**, Uberaba, v. 1, n. 1, p. 106-12, 2012. Disponível em: < <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/299/283>>. Acesso em: 06 ago. 2013.

SOARES, Elisângela Maria; SILVA, Sueli Riul da. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 517-22, jul. /ago. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/03.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

THORNTON, Hazel. PILLARISSETTI, Raghu Ram. 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? **Eur. J. Cancer.**, Oxford, [s.l.], v. 44, n.15, p. 2118-21, 2008. Disponível em: < http://ac.els-cdn.com/S0959804908006643/1-s2.0-S0959804908006643-main.pdf?_tid=eab9905a-6b51-11e4-8f60-00000aab0f6c&acdnat=1415896210_4fcc0672b85c6a4448b6cc8e806c34da>. Acesso em: 06 jul. 2013.

VALENTE, Carolina Amancio et al. Women's knowledge about the papanicolaou exam. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43 (Esp2), p. 1193-8, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a08v43s2.pdf>. Acesso em: 08 set. 2013.

VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira et al. Knowledge, attitude and practice related to the pap smear test among users of a primary health unit. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 97-105, jan. /feb. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/14.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: O protagonismo das atividades educativas influenciando o conhecimento e a prática da Autopalpação das Mamas e do exame Papanicolaou entre estudantes de escolas públicas do período noturno.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você é estudante do ensino médio e está sendo convidada a participar do estudo “O protagonismo das atividades educativas influenciando o conhecimento e a prática da Autopalpação das Mamas e do exame Papanicolaou entre estudantes de escolas públicas do período noturno”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo geral deste estudo é: verificar a eficácia da atividade de educação em saúde realizada com estudantes do ensino médio, EJA (Educação de Jovens e Adultos) e magistério do período noturno de escolas públicas, sobre a Autopalpação das Mamas e o exame Papanicolaou. Caso você participe, será necessário fazer perguntas sobre o assunto, e participar de nossa atividade educativa. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificada com um número.

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS
ESCLARECIMENTO**

Título do Projeto: **“O protagonismo das atividades educativas influenciando o conhecimento e a prática da Autopalpação das Mamas e do exame Papanicolaou entre estudantes de escolas públicas do período noturno”.**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meus estudos. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: 99780904 – Sueli. 99630077 – Lorena.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO

O protagonismo das atividades educativas influenciando o conhecimento e a prática da Autopalpação das Mamas e do exame Papanicolaou entre estudantes de escolas públicas do período noturno.

Data da entrevista: ____/____/____ Número de Identificação: _____

Item I. Dados Sócio-demográficos

Idade (anos) _____ Procedência/Município: _____

Bairro: _____

Escola: _____ Série _____

Profissão / Ocupação: _____

Situação conjugal:

- 1 Casada 2 Solteira 3 Divorciada/desquitada/separada 4 Viúva
5 Tem um companheiro (mora junto).

Já teve relação sexual? 1 Sim 2 Não

Possui parceiro sexual fixo? 1 Sim 2 Não

Meio de informação que mais utiliza:

- 1 Televisão 2 Rádio 3 Internet 4 Jornais e revistas 5 Comunidade/ Amigos 6
7 Família 7 Outros. Quais _____

Item II. Conhecimento relativo da APM e do exame de Papanicolaou.

- 1) Você já ouviu falar sobre o exame de Papanicolaou?
 - a) Sim, mas não sei o que é.
 - b) Sim e sei do que se trata.
 - c) Não, nunca ouvi falar.

- 2) Você faz o exame de Papanicolaou?
 - a) Sim, todos os anos.
 - b) Sim, porém raramente.
 - c) Não, nunca.

- 3) Na sua opinião, para que serve o exame de Papanicolaou?
 - a) Para ver o bebê ainda dentro da barriga durante a gravidez, usando um aparelho de ultrassonografia.
 - b) Para ver se há algum problema no colo do útero e qual o risco desse problema transformar-se em câncer. Desta forma, o exame ajuda a diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis e a evitar, prevenir ou diagnosticar o câncer do colo do útero no seu início, ou seja, precocemente.
 - c) Para proteger a mulher impedindo que ela tenha um câncer do colo do útero, não sendo portanto necessário repetir o exame.

- 4) Como é realizado o exame de Papanicolaou?
 - a) Coleta de células do colo do útero para analisar a presença de células cancerígenas no local.
 - b) Coleta de sangue e uma amostra de urina em jejum de no mínimo 12 horas.
 - c) É passado um aparelho de ultrassonografia com gel, por toda extensão do abdome.

- 5) Em qual período da vida de uma mulher recomenda-se fazer o exame do Papanicolaou?
 - a) Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se ao exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 49 anos de idade.
 - b) Toda mulher a partir da primeira menstruação.
 - c) Todas as mulheres após a menopausa.

- 6) De quanto em quanto tempo deve-se fazer o exame de Papanicolaou?
 - a) Uma vez por ano.
 - b) Sempre que a menstruação atrasar e houver suspeita de gravidez.
 - c) Apenas uma única vez, caso apresentar resultado normal não é necessário fazer o exame outra vez.

- 7) Onde o exame de Papanicolaou pode ser realizado?
 - a) Nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais da saúde capacitados para realizá-los.
 - b) Apenas em clínicas particulares especializadas.
 - c) Em casa por meio de testes que podem ser comprados em qualquer farmácia.

- 8) Após o exame de Papanicolaou você deve:
 - a) Ficar tranquila, pois já está protegida contra qualquer tipo de doença.
 - b) Buscar o resultado e retornar ao profissional de saúde.
 - c) Buscar o resultado e não mostrá-lo para ninguém.

- 9) São preparos importantes para que a mulher possa realizar o exame de Papanicolaou:
 - a) Não estar menstruada, não ter tido relação sexual nas últimas 48 horas, não ter feito ducha vaginal antes do exame.
 - b) Estar menstruada, não ter tido relação sexual nas últimas 48 horas.

- c) Não estar menstruada, não ter tido relação sexual sem preservativo, ter feito a ducha vaginal antes do exame.
- 10) Você já ouviu falar sobre a Autopalpação das mamas (APM)?
- a) Sim e sei do que se trata.
 - b) Sim, mas não sei do que se trata.
 - c) Não, nunca ouvi falar.
- 11) Você faz a APM?
- a) Sim, todos os anos.
 - b) Sim, às vezes.
 - c) Não, nunca.
- 12) Quem deve fazer a APM?
- a) Toda mulher sempre que sentir vontade de fazê-lo.
 - b) Toda mulher a partir dos 35 anos.
 - c) Todas as mulheres após a menopausa.
- 13) De quanto em quanto tempo deve-se fazer a APM?
- a) O exame deve ser realizado sempre que a mulher se sentir à vontade.
 - b) Após a menopausa.
 - c) Apenas uma única vez, apresentando resultado normal não é necessário fazer o exame outra vez.
- 14) Em que situações a mulher pode realizar a APM?
- a) Apenas em pé diante do espelho.
 - b) Apenas deitada ou durante o banho.
 - c) Diante do espelho, durante o banho, deitada ou durante a troca de roupas.
- 15) Para que serve a APM?
- a) Permite localizar caroços nas mamas precocemente.
 - b) Exame preventivo contra o câncer de mama.
 - c) Permite localizar caroços maiores do que 2 cm nas mamas, o que não significa diagnóstico precoce.
- 16) O que procurar durante a APM?
- a) Somente caroços nas mamas.
 - b) Caroço; inchaço duradouro; irritação da pele; vermelhidão ou descamação na pele da mama ou no mamilo; dor, secreção pelo mamilo.
 - c) Caroços nas mamas e/ou secreção pelo mamilo.
- 17) Se você detectar durante a APM uma alteração na sua mama, o que você faria?
- a) Esperaria algumas semanas para ver se a alteração desapareceria;
 - b) Procuraria imediatamente um serviço de saúde;
 - c) Esconderia o problema de todos.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: O protagonismo das atividades educativas influenciando o conhecimento e a prática da Autopalpação das Mamas e do exame Papanicolaou entre estudantes de escolas públicas do período noturno.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você enfermeiro está sendo convidado a participar do estudo o protagonismo das atividades educativas influenciando o conhecimento e a prática da Autopalpação das Mamas e do exame Papanicolaou entre estudantes de escolas públicas do período noturno. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo geral deste estudo é: verificar a eficácia da atividade de educação em saúde realizada com estudantes do ensino médio, EJA (Educação de Jovens e Adultos) e magistério do período noturno de escolas públicas, sobre a Autopalpação das Mamas e o exame Papanicolaou. Caso você participe, será necessário fazer perguntas sobre o assunto de modo a avaliar a pertinência das questões que serão aplicadas posteriormente aos participantes do estudo. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS
ESCLARECIMENTO**

Título do Projeto: **“O protagonismo das atividades educativas influenciando o conhecimento e a prática da Autopalpação das Mamas e do exame Papanicolaou entre estudantes de escolas públicas do período noturno”.**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: 99780904 – Sueli. 99630077 – Lorena.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

**ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO (UFTM)**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3218-1834
E-mail: cep@pesqpp.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DO AUTOEXAME DAS MAMAS E DO EXAME DE PAPANICOLAOU ENTRE ESTUDANTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DO PERÍODO NOTURNO
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: SUELI RIUL DA SILVA
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 26/2/2013
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2585

PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (relação e metodologia) como foi apresentada ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 12 de julho de 2013.

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE ENSINO DE UBERABA/MG



SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS
Subsecretaria de Desenvolvimento da Educação Básica
Comissão de Ética

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

PROJETO DE PESQUISA: "CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DO AUTOEXAME DAS MAMAS E DO EXAME DE PAPANICOLAU ENTRE ESTUDANTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DO PERÍODO NOTURNO".

INTERESSADO (A): Lorena Campos Mendes – aluna do Curso de Mestrado em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM.

A Subsecretaria de Desenvolvimento da Educação Básica e a Comissão de Ética da Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais/ SEE/MG, após análise do Projeto de Pesquisa, proposto por Lorena Campos Mendes/UFTM, são de parecer favorável à realização da pesquisa intitulada acima.

Ressaltamos que os procedimentos de pesquisa devem obedecer, criteriosamente, às orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e que, em nenhuma hipótese, a pesquisa poderá interferir no desenvolvimento das atividades pedagógicas da escola no cumprimento de seu Calendário Escolar.

Ressaltamos ainda, que a participação na pesquisa será voluntária e a identidade das pessoas envolvidas deverá ser mantida em sigilo.

As instituições e os participantes não terão ônus com a pesquisa.

Belo Horizonte, 21 de agosto de 2013.

Raquel Elizabete de Souza Santos