

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Maurícia Brochado Oliveira Soares

Impacto de intervenções educativas na adesão à prevenção
do câncer cérvico-uterino

Uberaba

2016

Maurícia Brochado Oliveira Soares

Impacto de intervenções educativas na adesão à prevenção
do câncer cérvico-uterino

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de doutor.

Orientadora: Prof. Dra. Sueli Riul da Silva

Uberaba

2016

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S655i Soares, Maurícia Brochado Oliveira
Impacto de intervenções educativas na adesão à prevenção do
câncer cérvico-uterino / Maurícia Brochado Oliveira Soares. -- 2016.
165 f. il. : fig., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2016
Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva

1. Neoplasias do colo do útero. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde
da mulher. 4. Teste de Papanicolaou. 5. Educação em saúde. I. Silva,
Sueli Riul da. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.146-006

Maurícia Brochado Oliveira Soares

Impacto de intervenções educativas na adesão à prevenção
do câncer cérvico-uterino

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de doutor.

Orientadora: Prof. Dra. Sueli Riul da Silva

13 de Dezembro de 2016

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Sueli Riul da Silva- Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Maria Angélica Melo e Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dra. Marislei Sanches Panobianco
Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Dedico, com carinho, aos meus pais, Carmela e Mirim,
por terem me ensinado a importância da educação.

Ao meu esposo, Claudio,
pelo apoio e incentivo.

E, aos meus filhos, Luquinha e Rafa,
razão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus por ter me dado força, coragem e saúde para enfrentar os desafios da minha carreira acadêmica.

Aos meus queridos pais, Maria Carmela Brochado Oliveira e Laudemiro de Oliveira, por dedicarem suas vidas em prol da educação de suas filhas.

À minha irmã, Rita de Cássia Brochado Oliveira Miguel, e minha sobrinha Cassiana Brochado Oliveira Miguel, pelos cuidados com meus filhos na minha ausência.

Ao meu esposo, Claudio Antonio Soares, pela compreensão e paciência nos dias mais difíceis tornando mais leves os desafios na minha trajetória.

Aos meus filhos, Lucas Renato Oliveira Soares e Rafaela Oliveira Soares, pela paciência de suportar minhas ausências em suas vidas.

À minha amada orientadora, Sueli Riul da Silva, por acreditar e se disponibilizar em me acompanhar em mais uma etapa da minha vida acadêmica, obrigada pela sua amizade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, aos professores e funcionários pelo apoio.

Às minhas colegas de doutorado, pelo convívio e troca de experiências.

À Prefeitura Municipal de Igarapava e ao Departamento de Saúde pela oportunidade e apoio na realização da pesquisa.

A todas enfermeiras que auxiliaram na coleta de dados desta pesquisa.

A todas as mulheres participantes da pesquisa, pela colaboração.

A todos aqueles que passaram e marcaram a minha vida, muito obrigada.

“Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa.
Por isso, aprendemos sempre.”

Paulo Freire

RESUMO

Esta pesquisa relata os efeitos das intervenções educativas no conhecimento e adesão das mulheres à Prevenção do Câncer de Colo do Útero baseadas na metodologia freireana. Para tanto, foi realizado um estudo intervencionista com comparação entre dois grupos: intervenção e controle. A pesquisa foi realizada no Serviço Público de Saúde de um município do interior do estado de São Paulo. A população do estudo foi composta pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade, perfazendo um total de 90 participantes em cada grupo. Para coleta dos dados foram utilizados questionários de identificação do perfil sociodemográfico, ginecológico e obstétrico e sobre conhecimento do exame de colpocitologia oncótica. Os dados foram digitados no *software* Excel® e analisados pelo *software* Action®, versão 3.1. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Os dados evidenciaram que, em sua maioria, as participantes dos grupos possuíam padrão médio significativamente semelhante em relação ao perfil sociodemográfico, obstétrico e ginecológico. O conhecimento sobre o exame no momento pré-intervenção era semelhante entre os grupos ($p=0,6712$), porém no momento pós-intervenção verificou-se diferença estatística significativamente superior no grupo intervenção ($p<0,00001$). A maioria dos resultados possuía alterações celulares benignas reativas ou reparativas em ambos os grupos intervenção e controle (87,78% e 94,44%) respectivamente, sendo que 100% das mulheres do grupo intervenção retornou para o recebimento do resultado enquanto 83,33% das mulheres do grupo controle retornou, com diferença significativa ($p<0,00001$). As condutas e encaminhamento realizados, em sua maioria, foram coerentes com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Em relação a adesão ao exame de colpocitologia oncótica foi estatisticamente superior no grupo intervenção ($p<0,00001$) em relação ao controle. Houve correlação da adesão com o conhecimento em ambos os grupos intervenção e controle ($p=0,0153$ e $p<0,00001$) respectivamente e, com a idade no grupo intervenção ($p=0,0090$). Os dados revelaram que as intervenções educativas configuram estratégias eficazes para propiciar conhecimento e aumento da adesão ao rastreamento do Câncer de Colo do Útero.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero. Promoção da Saúde. Saúde da Mulher. Teste de Papanicolaou. Educação em Saúde.

ABSTRACT

This study reports the effects of educational interventions in knowledge and adherence of women to Preventing cervical cancer uterus based on Freire's methodology. Therefore, an interventional study was comparison of two groups: intervention and control. The research was conducted at the Public Health Service of the municipality in the state of São Paulo. The study population was composed of women 25-64 years old, for a total of 90 participants in each group. For data collection were used identification questionnaire socio-demographic profile, gynecological and obstetrical and knowledge about the examination oncotic cytology. Data were entered in Excel® software and analyzed by Action® software, version 3.1. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Triangulo Mineiro. The data showed that the majority of the participating groups had significantly similar average standard in relation to socio demographic, obstetric and gynecologic profile. Knowledge about the exam in the pre-intervention time was similar between groups ($p=0.6712$), but in the post-intervention time it was significantly higher statistical difference in the intervention group ($p<0.00001$). Most of the results had benign reactive cell changes or reparative in both intervention and control groups (87.78% and 94.44%) respectively, and 100% of women in the intervention group returned to the receipt of income while 83.33 % of the control group women returned, with a significant difference ($p<0.00001$). Conduits and referral conducted mostly were consistent with the recommended by the Ministry of Health. For adherence to the examination of Pap smear was statistically higher in the intervention group ($p<0.00001$) compared to the control. There was a correlation of accession with knowledge in both intervention and control groups ($p=0.0153$ and $p<0.00001$) respectively and, with age in the intervention group ($p=0.0090$). The data revealed that the educational interventions constitute effective strategies to provide knowledge and increased adherence to screening Cervical Cancer.

Key-words: Uterine Cervical Neoplasms. Health Promotion. Women's Health. Papanicolaou Test. Health Education.

RESUMEN

Esta pesquisa relata los efectos de las intervenciones educativas en el conocimiento y adhesión de las mujeres a la Prevención del Cáncer del Cuello del Útero embazadas en la metodología freireana. Para tanto, fue realizado un estudio intervencionista con comparación entre dos grupos: intervención y control. La pesquisa fue realizada en el Servicio Público de Salud de un municipio del interior del Estado de São Paulo. La población del estudio fue compuesta por las mujeres de 25 a 64 años de edad, sumando un total de 90 participantes en cada grupo. Para colecta de los datos fueron utilizados cuestionario de identificación del perfil sociodemográfico, ginecológico y obstétrico y sobre conocimiento del examen de colpocitología oncológica. Los datos fueron digitados en el *software* Excel® y analizados por el *software* Action®, versión 3.1. La pesquisa fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro. Los datos evidenciaron que en su mayoría las participantes de los grupos poseían padrón promedio significativamente semejante en relación al perfil sociodemográfico, obstétrico y ginecológico. El conocimiento sobre el examen en el momento pre intervención era semejante entre los grupos ($p=0,6712$), pero en el momento pos intervención se verificó diferencia estadística significativamente superior en el grupo intervención ($p<0,00001$). La mayoría de los resultados poseía alteraciones celulares benignas reactivas o reparativas en ambos los grupos intervención y control (87,78% y 94,44%) respectivamente, siendo que 100% de las mujeres del grupo intervención retornó para el recibimiento del resultado en cuanto 83,33% de las mujeres del grupo control retornó, con diferencia significativa ($p<0,00001$). Las conductas y encaminamientos realizados en su mayoría fueron coherentes con el preconizado por el Ministerio de la Salud. En relación a la adhesión al examen de colpocitología oncológica fue estadísticamente superior en el grupo intervención ($p<0,00001$) en relación al control. Hubo correlación de la adhesión con el conocimiento en ambos los grupos intervención y control ($p=0,0153$ e $p<0,00001$) respectivamente y, con la edad en el grupo intervención ($p=0,0090$). Los datos revelaron que las intervenciones educativas configuran estrategias eficaces para propiciar conocimiento y aumento de la adhesión al rastreo del Cáncer del Cuello del Útero. Palabras-llave: Neoplasias del Cuello Uterino. Promoción de la Salud. Salud de la Mujer. Prueba de Papanicolaou. Educación en Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Fluxograma representativo da seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa.....	35
Figura 2-	Formulário de estudo.....	36
Figura 3-	Mapa de localização do Município de Igarapava/SP.....	54
Quadro 1-	Artigos selecionados para revisão integrativa.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Resumo descritivo e resultado de testes relacionados à idade das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	68
Tabela 2-	Distribuição de frequências e resultado de teste estatístico da idade em faixas etárias das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, total e segundo os grupos.....	70
Tabela 3-	Resumo descritivo e resultado de testes relacionados a anos de estudo das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	72
Tabela 4-	Distribuição de frequências das características sociodemográficas das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	73
Tabela 5-	Resumo descritivo e resultado de testes relacionados à história obstétrica das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	76
Tabela 6-	Resumo descritivo e resultado de testes relacionados à história ginecológica das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	77
Tabela 7-	Distribuição de frequências de realização de cauterização das mulheres que realizaram a colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	79

Tabela 8-	Resumo descritivo e resultado de testes relacionados ao tempo de realização da cauterização das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	79
Tabela 9-	Distribuição de frequências da utilização de métodos contraceptivos entre as mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	80
Tabela 10-	Distribuição de frequências e testes estatísticos referentes ao tipo de método contraceptivo utilizado pelas mulheres que realizaram a colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	81
Tabela 11-	Distribuição de frequências de utilização de preservativo em todas as relações sexuais das mulheres que realizaram a colpocitologia no serviço público de saúde no Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	83
Tabela 12-	Distribuição de frequências e testes estatísticos dos motivos referidos para não utilização de preservativos pelas mulheres que realizaram a colpocitologia oncótica no serviço público municipal de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	84
Tabela 13-	Distribuição de frequências de realização de colpocitologia oncótica anterior entre as mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	85
Tabela 14-	Distribuição de frequências dos motivos referidos para a não realização de exame de colpocitologia oncótica anterior pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	86

Tabela 15-	Resumo descritivo e resultado de testes relacionados ao tempo de realização da última colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	88
Tabela 16-	Distribuição de frequências do tempo em faixas de anos prévios à realização do último exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	89
Tabela 17-	Distribuição de frequências de retorno para receber resultado de colpocitologia oncótica anterior entre as mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	90
Tabela 18-	Distribuição de frequências dos motivos referidos para não retornar para recebimento do resultado de exame de colpocitologia oncótica anterior pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	91
Tabela 19-	Resumo descritivo e resultado de testes relacionados ao número de exames de colpocitologia oncótica feitos na vida pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	92
Tabela 20-	Distribuição de frequências relacionadas ao tempo de intervalo entre os exames de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	93
Tabela 21-	Distribuição de frequências sobre facilidade de acesso ao exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	94
Tabela 22-	Distribuição de frequências das dificuldades para o acesso ao	

	exame de colpocitologia oncótica relatadas pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	95
Tabela 23-	Distribuição de frequências dos sentimentos relatados em relação à realização do exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, nos grupos.....	96
Tabela 24-	Distribuição de frequências dos motivos que levaram à procura pelo exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, total e segundo os grupos.....	97
Tabela 25-	Distribuição de frequências das queixas ginecológicas referidas pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, total e segundo os grupos.....	98
Tabela 26-	Distribuição de frequências e teste estatístico das alterações ginecológicas visualizadas nas mulheres que realizaram o exame de colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	100
Tabela 27-	Resumo descritivo e resultado de testes quanto ao percentual de acerto sobre conhecimento geral do exame de colpocitologia oncótica nos momentos inicial e final do estudo e nos grupos intervenção e controle das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP.....	102
Tabela 28-	Resumo descritivo e resultado de testes quanto ao percentual de acerto sobre conhecimento do exame de colpocitologia oncótica por questões nos momentos pré e pós-intervenção e nos grupos intervenção e controle das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP.....	104
Tabela 29-	Distribuição de frequências dos resultados laboratoriais dos exames de colpocitologia oncótica das mulheres que	

	realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	108
Tabela 30-	Distribuição de frequências das alterações celulares benignas reativas ou reparativas dos resultados laboratoriais dos exames de colpocitologia oncótica, entre as mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	109
Tabela 31-	Distribuição de frequências da microbiologia apresentada nos resultados laboratoriais dos exames das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	110
Tabela 32-	Distribuição de frequências da conclusão nos resultados laboratoriais dos exames das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	111
Tabela 33-	Distribuição de frequências do retorno para recebimento do resultado do exame pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.....	113
Tabela 34-	Distribuição de frequências dos motivos referidos para não retornar para recebimento do resultado do exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres do grupo controle que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP.....	114
Tabela 35-	Distribuição de frequências do retorno anual das mulheres que realizaram a colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos...	117
Tabela 36-	Distribuição de frequências dos motivos referidos para não realizar o retorno anual do exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos...	118
Tabela 37-	Resumo descritivo e resultado de testes correlacionando a adesão ao exame de colpocitologia oncótica ao conhecimento geral das mulheres que realizaram o exame no serviço público	

	de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos....	120
Tabela 38-	Distribuição de frequências e resultado de testes quanto ao percentual de acerto sobre conhecimento por questões do exame de colpocitologia oncótica nos grupos intervenção e controle das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP.....	121
Tabela 39-	Resumo descritivo e resultado de testes correlacionando a adesão ao exame de colpocitologia oncótica às características idade e anos de estudo das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	123
Tabela 40-	Distribuição de frequência e resultado de testes correlacionando a adesão às características sociodemográficas das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo grupos.....	125
Tabela 41-	Resumo descritivo e resultado de testes correlacionando a adesão às características obstétricas das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	127
Tabela 42-	Resumo descritivo e resultado de testes correlacionando a adesão a idade da menarca e início da atividade sexual das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.....	128
Tabela 43-	Distribuição de frequência e resultado de testes correlacionando a adesão às características ginecológicas das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo grupos.....	129

LISTA DE ABREVIATURAS

AGC	Células glandulares atípicas
ASCH	Células escamosas atípicas de significado indeterminado - não se pode afastar lesão de alto grau
ASCUS	Células escamosas atípicas de significado indeterminado - possivelmente não neoplásicas
CCU	Câncer de Colo Uterino
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HPV	Papilomavírus Humano
HSIL	Lesão intraepitelial de alto grau
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LSIL	Lesão intraepitelial de baixo grau
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama
QC	Questionário sobre conhecimento do exame de colpocitologia oncótica
QSGO	Questionário de identificação do perfil sociodemográfico, ginecológico e obstétrico
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UICC	União Internacional Contra o Câncer
VPN	Valor Preditivo Negativo
VPP	Valor Preditivo Positivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
2	OBJETIVOS	31
2.1	OBJETIVO GERAL.....	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3	REVISÃO DE LITERATURA	32
3.1	INTRODUÇÃO.....	32
3.2	MÉTODO.....	33
3.3	RESULTADOS.....	37
3.4	DISCUSSÃO.....	49
3.5	CONCLUSÃO.....	51
4	MATERIAL E MÉTODOS	53
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	53
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	53
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	56
4.3.1	População alvo	56
4.3.2	Alocação em grupos	56
4.3.3	Cálculo da amostra	57
4.3.4	Seleção da amostra	57
4.4	COLETA DE DADOS.....	58
4.4.1	Instrumentos de coleta de dados	58
4.4.2	Variáveis utilizadas no estudo	58
4.5	DELINEAMANTO.....	59
4.5.1	Delineamento da fase I - grupo intervenção	59
4.5.2	Delineamento da fase I - grupo controle	60

4.5.3	Delineamento da fase II - grupo intervenção.....	61
4.5.4	Delineamento da fase II - grupo controle.....	62
4.6	DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	62
4.7	PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	64
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	65
4.9	GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DOS DADOS.....	66
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E GINECOLÓGICAS.....	68
5.2	CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE O EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA.....	101
5.3	RESULTADOS E RETORNO PARA RECEBIMENTO DO RESULTADO.....	107
5.4	CONDUTAS E ENCAMINHAMENTOS.....	114
5.5	ADESÃO AO EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA.....	116
5.6	ADESÃO E CORRELACIONAMENTOS.....	119
6	CONCLUSÃO.....	131
	REFERÊNCIAS.....	135
APÊNDICE A-	Questionário de identificação do perfil sociodemográfico, ginecológico e obstétrico.....	150
APÊNDICE B-	Questionário sobre o conhecimento do exame de colpocitologia oncótica.....	155
APÊNDICE C-	Termo de esclarecimento- grupo intervenção.....	157
APÊNDICE D-	Termo de consentimento livre, após esclarecimento.....	158
APÊNDICE E-	Termo de esclarecimento- grupo controle.....	159
APÊNDICE F-	Material ilustrativo (Banner).....	160

APÊNDICE G- Material ilustrativo (Folder).....	161
APÊNDICE H- Autorização da secretaria municipal de saúde de Igarapava/SP.....	162
ANEXO A- Parecer consubstanciado do CEP.....	163
ANEXO B- Registro brasileiro de ensaios clínicos.....	165

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino (CCU) é considerado um importante problema de saúde pública, sendo o quarto tipo de câncer que mais acomete as mulheres no mundo. A incidência desse câncer é aproximadamente duas vezes maior em países menos desenvolvidos, quando comparada aos países mais desenvolvidos (INCA, 2016), sendo as maiores taxas de incidência encontradas na América do Sul, América Central, África Oriental, Sul e Sudeste da Ásia (WHO, 2014).

Além disso, quase 90% dos óbitos ocorridos por essa causa, em 2012, aconteceram nos países em desenvolvimento. A morte de uma mulher por CCU por volta dos seus 40 anos de idade, é uma tragédia pessoal, social e desnecessária, tendo em vista que esse tipo de câncer é evitável e tratável quando detectado precocemente, e gerido de forma eficaz (WHO, 2014).

No Brasil, a estimativa de casos novos de CCU para o ano de 2016 é de 16.340, com risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. Quando não se considera os tumores de pele não melanoma, o CCU é o primeiro mais incidente na região Norte, o segundo nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, o terceiro na região Sudeste e o quarto na região Sul (INCA, 2015).

As taxas de mortalidade do CCU, no Brasil, apresentam valores intermediários quando comparadas aos países em desenvolvimento, porém são elevadas em relação às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce estruturados. Na região Norte o CCU é a primeira causa de óbito por câncer feminino, terceira na região Nordeste e Centro-Oeste e sexta nas regiões Sul e Sudeste (INCA, 2015).

Estudos iniciados por Zur Hausen e comprovados, posteriormente, indicam que o principal fator de risco para o desenvolvimento do CCU é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), visto que este está presente em 99,7% dos carcinomas (BRASIL, 2013).

O HPV apresenta mais de 100 tipos diferentes, sendo que nem todos são considerados oncogênicos. No Brasil, os tipos mais frequentemente associados ao CCU são os 16 e 18 (BRASIL, 2011a), e os mais frequentes apresentados por mulheres brasileiras são 16, 6, 11, 18, 33 e 31 (ROCHA et al., 2013).

Além dos aspectos relacionados à infecção pelo HPV como tipo e carga viral, outros fatores podem influenciar a regressão, persistência ou progressão para lesões precursoras do câncer como fatores ligados à imunidade, genética, comportamento sexual, idade, tabagismo e baixas condições socioeconômicas (BRASIL, 2013; RODRIGUES et al., 2012).

Considerando a alta incidência e mortalidade relacionadas ao CCU, a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 2007, tem divulgado os componentes essenciais para o manejo dessa neoplasia que envolve a prevenção primária, secundária e terciária (WHO, 2014).

Na prevenção primária, o objetivo é reduzir o risco de infecção por meio de vacinação contra o HPV, orientação sexual e utilização de preservativos nas relações sexuais. Na prevenção secundária, busca-se diminuir a incidência e prevalência do CCU por intermédio da educação em saúde, exames de rastreamento em população alvo e tratamento de lesões pré-cancerosas. Na prevenção terciária, a meta é diminuir o número de mortes por CCU implantando um sistema de referência e contrarreferência, tratamento adequado e oportuno e, disponibilidade de cuidados paliativos (WHO, 2014).

A prevenção do CCU no Brasil, se insere na atenção à saúde da mulher, em 1984, quando o Ministério da Saúde implanta o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja principal contribuição foi introduzir e estimular a realização do exame de colpocitologia oncótica na consulta ginecológica (BRASIL, 2011a).

Desde então, diversas ações foram implantadas e implementadas para se obter um programa de rastreamento do CCU eficiente como, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (PNCCU) - Viva Mulher (GERK, 2009), instalação de coordenações estaduais como forma de descentralização considerando as realidades regionais e, o *software* Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) para melhor gerenciamento das informações auxiliando a consolidação das ações do PNCCU (BRASIL, 2011a).

Outros marcos importantes na prevenção do CCU foram a inclusão como componente fundamental na Política Nacional de Atenção Oncológica, lançamento do Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama, em 2005,

(INCA, 2005) e destaque no Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006a). No ano de 2011, o controle do CCU foi priorizado no Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer (BRASIL, 2011a).

Atualmente, utiliza-se a proposta chamada Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero reafirmando que o modelo assistencial deve organizar e articular recursos em todos os níveis de atenção, assegurando à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados. Esse modelo favorece a prevenção do CCU, o acesso ao rastreamento das lesões precursoras, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno (BRASIL, 2013; SILVA; PARREIRA; SOARES, 2012).

Destaca-se na prevenção primária, a adoção pelo Ministério da Saúde, a partir de 2014, da disponibilização gratuita na rede Pública de Saúde da vacina tetravalente contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV para meninas de 9 a 13 anos de idade. A vacinação é eficaz quando utilizada antes do contato com o vírus, porém, sua utilização não substitui o rastreamento, tendo em vista que não oferece proteção para cerca de 30% dos casos de CCU causados por outros subtipos virais oncogênicos (BRASIL, 2013).

Referente à prevenção secundária, a utilização do rastreamento do CCU é baseado na história natural da doença que apresenta evolução lenta, a partir de lesões precursoras que podem ser detectadas e tratadas impedindo a evolução do câncer (BRASIL, 2013).

A colpocitologia oncótica é o método principal e mais amplamente utilizado para o rastreamento do CCU. É considerado um exame seguro e de baixo custo que consiste na análise das células da ectocérvice e da endocérvice que são extraídas por raspagem do colo do útero na consulta ginecológica (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011a).

Há referência de que este exame possui sensibilidade de 97% e especificidade de 82%, sendo o valor preditivo positivo de 81% e o valor preditivo negativo de 97% (BRASIL, 2008). Esses valores apontam a eficiência da colpocitologia oncótica como exame de rastreamento para detecção precoce do CCU.

O exame de colpocitologia oncótica foi criado pelo grego Geórgios Papanicolaou, em 1943, devido ao fácil acesso ao colo uterino e de suas características morfológicas e funcionais, tornando possível a identificação precoce das neoplasias cervicais (SILVEIRA; PESSINI, 2014).

Várias nomenclaturas foram utilizadas para os laudos de resultados dos exames de colpocitologia oncótica, atualmente o Brasil utiliza a classificação do Sistema de Bethesda para os esfregaços cervicais. Essa classificação incorpora vários conceitos: o diagnóstico citológico deve ser diferenciado para as células escamosas e glandulares; inclusão do diagnóstico citomorfológico sugestivo da infecção por HPV; divisão das lesões intraepiteliais em baixo e alto grau, considerando a possibilidade de evolução para neoplasia invasora; e a introdução da análise da qualidade do esfregaço (BRASIL, 2006b).

Outra iniciativa importante do Ministério da Saúde, em conjunto com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o controle do CCU foi a padronização das condutas dos profissionais e serviços de saúde frente a todos os possíveis resultados da colpocitologia oncótica (INCA, 2016), de forma a facilitar o atendimento à mulher e o fluxo de referência e contrarreferência.

Quanto à população alvo do rastreamento, a faixa etária preconizada é de 25 a 64 anos de idade. Ressalta-se que mulheres com idade inferior a 25 anos e superior a 64 anos raramente apresentam diagnóstico de carcinoma *in situ* (INCA, 2016), o que justificaria a indicação da faixa etária. Contudo, observa-se na literatura que a maioria dos exames de colpocitologia oncótica é realizada em mulheres com menos de 35 anos, por coincidir com a procura do serviço de saúde por cuidados referentes ao período fértil (SOARES; SILVA, 2010a).

Ao que se refere à periodicidade de realização do exame de colpocitologia oncótica, o Ministério da Saúde, desde 1988, adotou como norma a recomendação da OMS que preconiza o exame a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos. Para fundamentar essa orientação, o Ministério da Saúde baseou-se na avaliação de vários programas de rastreamento, realizada por especialistas da União Internacional Contra o Câncer (UICC), os quais concluíram que programas de rastreamento anual não apresentam grandes vantagens em relação a programas que realizam rastreamento a cada três anos (INCA, 2016).

Embora o exame de colpocitologia oncótica tenha sido introduzido no Brasil há algumas décadas, e apesar das várias iniciativas governamentais, a cobertura do exame de colpocitologia oncótica ainda é baixa. Estima-se que de 12 a 20% das mulheres brasileiras de 25 a 64 anos de idade nunca tenham realizado o exame (BRASIL, 2016).

Pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas, no Rio Grande do Sul, consultaram quase 4000 mulheres residentes em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste e apontaram cobertura de realização de uma colpocitologia oncótica na vida de 75,3% (CORREA et al., 2012).

Um município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo, constatou cobertura anual, em 2007, de 15,4% e em 2008 15,1% na população feminina de 25 a 59 anos de idade (SOARES, 2010), apesar desses dados se referirem apenas aos exames realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), essas porcentagens apresentam-se muito aquém daquela preconizada para impactar na morbimortalidade do CCU.

Para que um programa de prevenção do CCU seja considerado eficiente com repercussões na diminuição da morbimortalidade, a cobertura de rastreamento pela colpocitologia oncótica deve atingir 85% da população feminina na faixa etária preconizada (BRASIL, 2013).

Evidências de maior efetividade de programas de rastreamento resultaram da comparação das tendências de mortalidade entre cinco países nórdicos com alto nível de atenção à saúde, no período de 1963 a 1977. Em 15 anos, a redução nas taxas de mortalidade por esse câncer foi diretamente proporcional à cobertura alcançada, ou seja, quanto maior a cobertura maior o declínio da taxa de mortalidade (EACP, 1993).

Assim, alcançar alta cobertura do exame de rastreamento da população alvo é o componente mais importante para obter redução significativa de incidência e mortalidade por CCU (BRASIL, 2016).

Neste sentido, torna-se inquietante a preocupação frente a essas baixas coberturas de realização de colpocitologia oncótica, tendo em vista a sua importância na prevenção do CCU.

Entre as razões que levam a uma baixa cobertura no rastreamento do CCU e

que limitam a realização da colpocitologia oncótica temos baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, aspectos relacionados a crenças e atitudes da mulher, medo de um diagnóstico potencial para câncer, sentimentos como vergonha e desconforto na realização do exame (ALBUQUERQUE et al., 2009; CECHINEL et al., 2009; CORREA et al., 2012; MACEDO; SILVA FILHO; MAGALHÃES, 2011; NASCIMENTO; NERY; SILVA, 2012; RAFAEL; MOURA, 2010; SANTOS; VARELA, 2015; SILVA et al., 2015).

Além dos fatores pessoais, as características relacionadas aos serviços de saúde como dificuldade de acesso, rigidez na agenda das equipes de saúde, despreparo dos profissionais de saúde e carências de recursos materiais são citados também como barreiras para a realização do exame (BRASIL, 2016; BRITO-SILVA et al., 2014; GONÇALVES et al., 2011; MACEDO; SILVA FILHO; MAGALHÃES, 2011; RAFAEL; MOURA, 2010; SANTOS; VARELA, 2015; SILVA et al., 2015).

Assim, estratégias que aumentem a cobertura e acesso ao rastreamento do CCU, implementando a adesão das mulheres ao Programa de Prevenção do Câncer de Colo Uterino são necessárias.

A adesão à prevenção é um processo dinâmico e multifatorial, que envolve a coparticipação entre a tríade usuário, profissionais de saúde e rede de apoio. Portanto, o conceito de adesão não se limita ao comportamento singular do paciente, mas sim, à junção de potencialidades interligadas entre si em três planos (BERTOLLOZZI et al., 2009).

O primeiro plano se refere à interpretação do processo de saúde-doença que direciona o indivíduo como passível de transformação (ativa) ou de conformismo (passiva), sendo que quanto mais restrito o entendimento do indivíduo a respeito do processo saúde-doença, mais passiva será sua atitude perante a necessidade de superação (BERTOLLOZZI et al., 2009).

O segundo plano de abordagem da adesão se refere à forma de inserção do indivíduo na sociedade, o que determina o acesso à vida com dignidade e suas potencialidades de enfrentamento do processo saúde-doença. E o terceiro plano diz respeito ao processo de produção de serviços de saúde que requer profissionais com habilidades e competências para compartilhar os saberes possibilitando o entendimento da realidade (BERTOLLOZZI et al., 2009).

No contexto da adesão, percebemos, então, que todos esses aspectos devem ser considerados pelos profissionais de saúde como influenciadores, pois a mulher traz consigo todo o seu contexto histórico, social, econômico, cultural, sentimental e de gênero.

Desde 1998 artigo já descrevia intervenções para aumentar a adesão de mulheres ao exame de colpocitologia oncótica (MARCUS; CRANE, 1998). Muitas dessas intervenções são consistentemente eficazes e com um impacto mínimo sobre os custos dos serviços de saúde (ROSSI et al., 2012).

Acresce que na literatura científica nacional a pesquisa sobre prevenção do CCU relaciona-se apenas aos problemas detectados nas Unidades de Saúde (GUIMARÃES et al., 2012). Logo, apontam apenas para um dos planos do conceito de adesão.

Para a superação dos desafios inerentes ao controle do CCU o enfermeiro é corresponsável em buscar estratégias eficientes para amenizar as barreiras visto que, atua como promotor de saúde, educador em saúde e prestador de cuidados no ambiente comunitário, domiciliar, Unidade de Saúde e hospital.

As intervenções devem ser flexíveis para atender as diferentes necessidades dos diversos grupos de mulheres para minimizar os problemas vivenciados nos serviços de saúde. É necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação, por meio das diversas formas de comunicação, costumes, saberes, crenças, expectativas e necessidades de saúde (BRASIL, 2013).

O principal alvo das intervenções direciona-se à melhoria das informações fornecidas pelos profissionais de saúde às mulheres sobre a prevenção do CCU, com objetivo de aumentar a adesão na realização do exame de colpocitologia oncótica (DUGGAN et al., 2012; GUVENC; AKYUZ; YENEN, 2013; HAN et al., 2011; LU et al., 2012; SCOGGINS et al., 2010).

Esse fato ocorre tendo em vista que o maior conhecimento sobre o CCU e sua prevenção associam-se, significativamente, com a maior adesão à realização do exame de colpocitologia oncótica (GU et al., 2012; LYIMO; BERAN, 2012; SANTOS; VARELA, 2015).

Entretanto, os autores observam que o conhecimento das mulheres sobre o CCU e sua prevenção é inadequado), o que influencia negativamente na adesão ao controle do CCU (SILVEIRA et al., 2016; VALENTE et al., 2009; VASCONCELOS et al., 2014).

Dessa forma, ressalta-se a necessidade do desenvolvimento de ações em saúde com intuito de conscientizar a população feminina quanto às medidas de prevenção do câncer cérvico-uterino (GONÇALVES et al., 2016; LIBERA et al., 2012; SILVA; SILVA, 2012; VALENTE et al., 2015). Destarte, a educação em saúde se impõe como componente essencial do controle do CCU.

Educar em saúde compreende planejar uma aprendizagem para melhorar o conhecimento e desenvolver habilidades que favoreçam a saúde individual e da comunidade. Ultrapassa a comunicação de informações e enfatiza a promoção da motivação, habilidades e confiança necessárias para adotar medidas que melhorem a saúde (WHO, 1998).

As ações de promoção e educação em saúde ocorrem sobremaneira na atenção primária, que está mais próxima do cotidiano das mulheres. As abordagens educativas no controle do CCU devem estar presentes no processo de trabalho das equipes e dos profissionais de saúde, coletivamente ou individualmente (BRASIL, 2013).

Em tal contexto, o enfermeiro, como profissional de saúde, tem papel fundamental na elaboração e prática de intervenções educativas, visto que o foco da enfermagem é o cuidado e, a prevenção e a educação são partes dos vários elementos do cuidar (SILVA et al., 2011a).

Para isso, o enfermeiro precisa apoderar-se da educação em saúde como componente essencial do seu trabalho, agindo como facilitador do processo educativo não somente na transferência clássica de informação, mas na motivação do indivíduo para refletir e adotar hábitos saudáveis.

Por conseguinte, a utilização da pedagogia de Paulo Freire e seus pressupostos filosóficos têm se constituído num vasto campo teórico-metodológico, empregado cada vez mais pela enfermagem devido à contemporaneidade de seu pensamento.

A educação em saúde baseada na metodologia de Paulo Freire tem como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior do educando. A valorização do saber e dos valores pessoais do educando prevê, a conscientização como chamamento para o engajamento por meio da ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social, para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política, necessários a sua superação (FREIRE, 2015; FREIRE, 1999; FREIRE, 1987; SALCI et al., 2013).

Assim, o conhecimento emerge pelo entendimento e pela consciência crítica da realidade, na relação horizontalizada entre educador e educando. A visão crítica da realidade é a mediadora do processo político-pedagógico e promove a conscientização. O empoderamento, por sua vez, não é outorgado, e sim conquistado por meio das interações sociais, problematização da realidade, reflexão e conscientização. O reconhecimento crítico de mundo, as transformações, os pronunciamentos são frutos do empoderamento, da emancipação e da liberdade dos homens perante a criação e a recriação; assim, a educação se expressa como ação cultural para a liberdade (FREIRE, 2015; FREIRE, 1999; FREIRE, 1987).

Portanto, a partir do pressuposto de que a educação em saúde realizada de forma participativa e dialógica culminará no empoderamento e motivação feminina de forma consciente, espera-se que as mulheres assumam uma postura de sujeito corresponsável na adoção do controle do CCU.

Diante da realidade aqui exposta, apesar da implementação de ações do Ministério da Saúde, observa-se como problema de pesquisa a baixa adesão das mulheres na realização do exame de colpocitologia oncótica, o que se deve em parte pelo déficit de conhecimento a respeito da prevenção do CCU.

Assim, a hipótese deste estudo é de que as intervenções educativas contribuem para o aumento do conhecimento sobre a prevenção do CCU, para o aumento na adesão à realização da colpocitologia oncótica e quais fatores estão associados a esta adesão.

Estudos dessa natureza são relevantes na medida em que buscam propor e avaliar a utilização de intervenções, a fim de implementar o programa de prevenção do CCU.

2 OBJETIVOS

A seguir apresenta-se o objetivo geral e os objetivos específicos desta pesquisa.

2.1 OBJETIVO GERAL

- ❖ Avaliar o impacto de intervenções educativas no conhecimento sobre o exame de colpocitologia oncótica e na adesão à sua realização por mulheres com idade entre 25 e 64 anos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever e comparar as características sociodemográficas, história obstétrica e ginecológica das mulheres, entre dois grupos (intervenção e controle);
2. Avaliar e comparar o conhecimento das mulheres entre os grupos (intervenção e controle) em cada momento (inicial e após um ano) e os momentos (inicial e após um ano) em cada grupo;
3. Descrever e comparar os resultados dos exames de colpocitologia oncótica entre os grupos e a porcentagem de retorno para recebimento do resultado entre os grupos (intervenção e controle);
4. Descrever as condutas e encaminhamentos realizados de acordo com os resultados dos exames de colpocitologia oncótica;
5. Identificar e comparar a adesão das mulheres à realização da colpocitologia oncótica entre os grupos intervenção e controle;
6. Correlacionar a adesão ao conhecimento, as características sociodemográficas, história obstétrica e ginecológica das mulheres nos grupos intervenção e controle.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresenta-se uma revisão integrativa da literatura que foi a base para o desenvolvimento desta pesquisa e, que também se tornou um produto de pesquisa por ter sido publicada em periódico científico nacional.

3.1 INTRODUÇÃO

O CCU é o segundo tipo de câncer ginecológico mais comum entre as mulheres no mundo e está diretamente vinculado ao grau de subdesenvolvimento do país. Sua incidência é aproximadamente duas vezes maior em países menos desenvolvidos, se comparada a dos mais desenvolvidos. Quase 90% dos óbitos anuais por essa causa ocorrem nos países em desenvolvimento (INCA, 2015).

A estimativa de casos novos de CCU, no Brasil, para 2016/2017 é de 16.340. Quando não se considera os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o terceiro mais incidente nas mulheres (INCA, 2015).

Comparado às outras neoplasias, o CCU é altamente prevenível, apresenta evolução lenta para atingir o estágio de câncer invasivo e, dispõe de exame de rastreamento tecnicamente simples e eficaz na sua detecção. A colpocitologia oncótica é capaz de detectar o câncer cérvico-uterino na fase inicial, tornando-o curável com medidas relativamente simples (BRASIL, 2013).

Para um programa de prevenção do câncer cérvico-uterino ser considerado eficiente repercutindo na diminuição da morbimortalidade, a cobertura de rastreamento pela colpocitologia oncótica deve atingir 85% da população feminina na faixa etária preconizada (BRASIL, 2013).

No Brasil, atualmente, contamos com vários estudos científicos que abordam a porcentagem de cobertura de realização de colpocitologia oncótica e, estas apresentam grande variabilidade em relação à faixa etária e periodicidade estudada.

Estudo realizado em 41 municípios brasileiros apontou uma cobertura de realização de uma colpocitologia oncótica na vida de 75,3% das mulheres (CORREA et al., 2012). Em Maringá/PR, constatou-se uma cobertura do exame nos

últimos três anos de 87,6% em mulheres de 25 a 59 anos (MURATA; GABRIELLONI; SCHIRMER, 2012).

Em um município do interior do estado de São Paulo, identificou-se cobertura anual em 2007 de 15,4% e, em 2008, 15,1% na população feminina de 25 a 59 anos de idade (SOARES, 2010), apesar desses dados se referirem apenas aos exames realizados pelo SUS, essas porcentagens apresentam-se muito aquém daquela preconizada para impactar e diminuir a morbimortalidade do CCU.

Torna-se inquietante a preocupação frente a essas baixas coberturas de realização de colpocitologia oncótica, demonstrando a falta de adesão da população feminina e percebe-se a necessidade do desenvolvimento de ações em saúde com intuito de conscientizar a população feminina quanto às medidas de prevenção do câncer cérvico-uterino (SILVA; SILVA, 2012).

Algumas intervenções são propostas para melhorar a adesão das mulheres como a mobilização da população feminina e dos profissionais de saúde, atividades de educação continuada, utilização de panfletos e cartazes, busca ativa das mulheres, disponibilização de encaminhamentos e tratamentos necessários e instituição de protocolo de terapêutica para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DTS) (SOARES; SILVA, 2010a).

Assim, diante do interesse na adoção de métodos que sejam efetivos, tornou-se relevante realizar a presente revisão integrativa com o objetivo de identificar produções científicas, que apresentem intervenções que aumentem a adesão das mulheres na realização do exame de colpocitologia oncótica.

3.2 MÉTODO

Esta pesquisa é do tipo revisão integrativa a qual tem a finalidade de reunir, avaliar e sintetizar os resultados de pesquisa sobre um determinado tema de forma sistemática e ordenada, sendo um instrumento que aprofunda o conhecimento do tema investigado permitindo a síntese dos estudos publicados, evidenciando o estado atual do conhecimento, assim como as suas lacunas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração dessa revisão, utilizou-se as orientações da literatura científica por meio das seguintes etapas: a) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; b) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; c) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; d) avaliação dos estudos incluídos na revisão; e) interpretação dos resultados; f) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

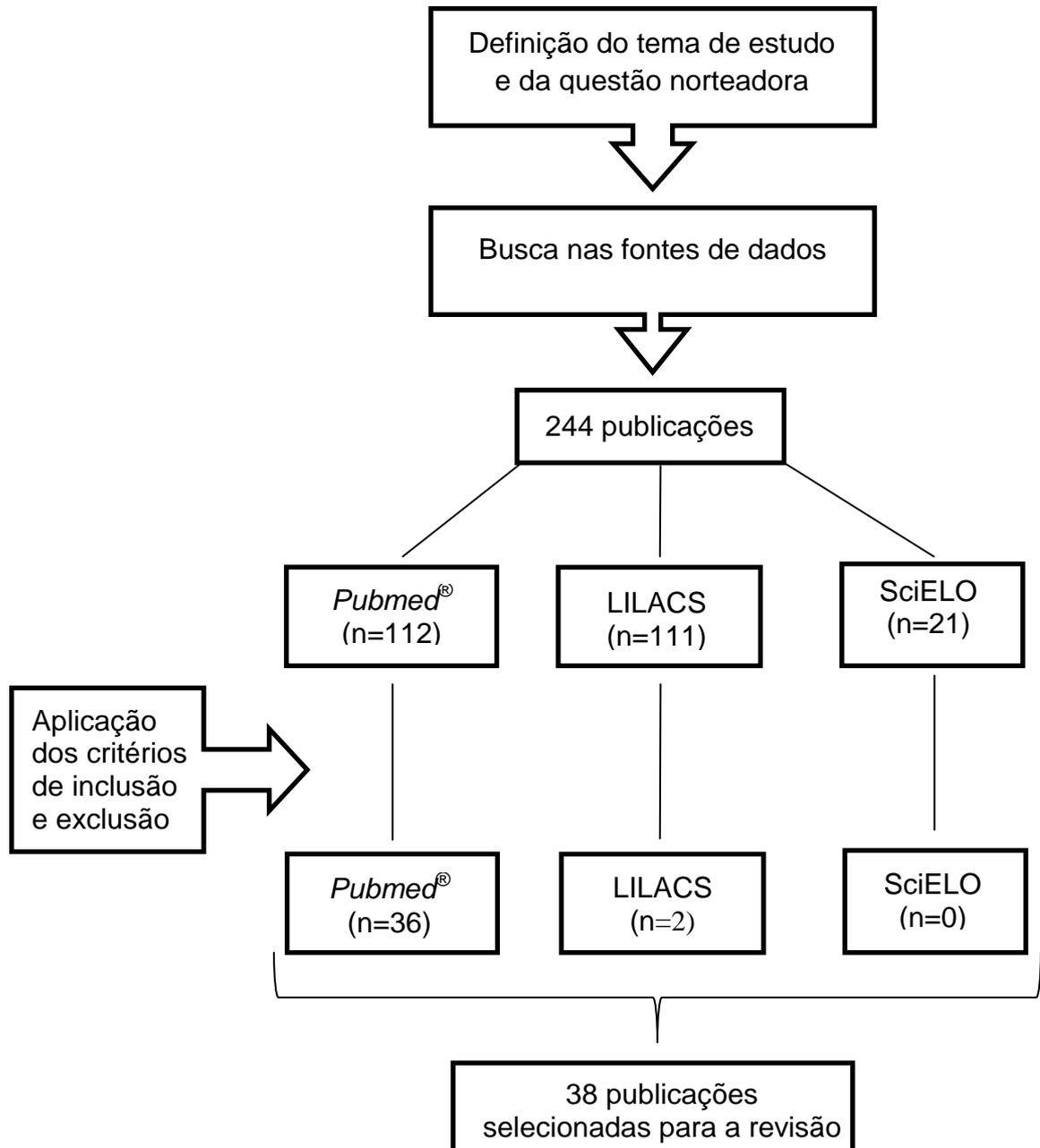
O estudo foi realizado por meio de busca *on-line* das produções científicas e baseou-se na pergunta norteadora: “Quais intervenções realizadas propiciam o aumento na adesão da população feminina à realização da colpocitologia oncótica?”.

A captura dessas produções foi realizada, utilizando as fontes de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Pubmed*[®]. A busca de dados ocorreu de fevereiro a abril de 2014.

Como critérios para a seleção da amostra, estabeleceu-se o período de publicação a partir de 2009 e que, o artigo deveria no resumo, responder a questão de pesquisa estabelecida. Utilizamos como Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) “Neoplasias do Colo do Útero”; “Estudos de Intervenção”; “Neoplasias do Colo do Útero” e “Esfregaço Vaginal”, como *Medical Subject Headings* (MeSH) foram utilizados “*Cervical Cancer Screenig*” e “*Intervention*”.

Na base de dados *Pubmed*[®] obteve-se 112 artigos, destes 36 atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. No LILACS obteve-se 111 publicações, destas, 21 atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos, nesse total sete eram artigos repetidos e 12 não respondiam a questão da pesquisa, sendo utilizados apenas dois artigos. No SciELO obteve-se 21 artigos, mas destes nenhum atendeu aos critérios de inclusão. Assim, foi incluído no estudo um total de 38 artigos que estavam relacionados à temática, ao objetivo deste estudo e contemplavam os critérios de inclusão estabelecidos, conforme evidenciado na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma representativo da seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa.



Fonte: Da autora, 2016.

Realizou-se cópia dos artigos encontrados para facilitar a organização. A seguir, procedeu-se a leitura crítica do material, a fim de evidenciar e delimitar o que se faz indispensável para a obtenção de um estudo aprofundado.

Para facilitar a visualização estrutural e lógica do estudo procedeu-se a confecção de fichas de leitura, Figura 2. Além do tipo de intervenção utilizada, avaliou-se o local da pesquisa, o número de participantes do estudo, tipo de estudo, período da intervenção realizada e o resultado alcançado.

Figura 2- Formulário de estudo.

FORMULÁRIO DE ESTUDO	
Autores:	_____
Ano publicação:	_____
Revista:	_____
Citação:	_____
Local do estudo:	_____
Número de participantes:	_____
Tipo de estudo:	_____
Objetivo do estudo:	_____
Tipo de intervenção realizada:	_____
Período e tempo da intervenção:	_____
Resultado alcançado:	_____

Fonte: Da autora, 2016.

3.3 RESULTADOS

Como observa-se no Quadro 1, dos 38 artigos incluídos na revisão, há predomínio de publicações onde a maioria dos artigos foram realizados em países desenvolvidos, porém são direcionados a mulheres pertencentes a grupos étnicos minoritários provenientes de países em desenvolvimento ou são estudos desenvolvidos diretamente em países em desenvolvimento.

Quadro 1- Artigos selecionados para revisão integrativa.

Título	Ano/país	Delineamento/ nº participantes	Intervenção	Desfechos
Case management intervention in cervical cancer prevention: the Boston REACH coalition women's health demonstration project	2011/EUA	Intervenção antes e após/732	Gerente de caso	Aumento na realização periódica do exame de papanicolaou
Increasing participation in cervical cancer screening: telephone contact with long-term non-attendees in Sweden. Results from RACOMIP, a randomized controlled trial	2013/ Suécia	Intervenção com grupo controle/ 8.800	Contato telefônico	Aumento da participação das mulheres na realização do exame e, tem baixo custo
Increasing cervical cancer screening for a multiethnic population of women in South Texas	2014/EUA	Coorte/32.807	Lembretes telefônicos automatizado	Aumento na realização do exame de papanicolaou
Effectiveness of nursing interventions to increase pap smear test screening	2013/ Turquia	Quase experimental/ 2.500	Múltiplas intervenções	O contato telefônico foi a intervenção que proporcionou maior adesão na realização do papanicolaou

Quadro 1-

Título	Ano/país	Delineamento/ nº participantes	Intervenção	Desfechos
Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening	2011	Revisão integrativa com ensaios clínicos randomizados e controlados	Carta-convite	Aumento da adesão aos programas de prevenção do câncer cérvico-uterino
A prospective randomized study of two reminding strategies: telephone versus mail in the screening of cervical cancer in women who did not initially respond	2011/ Alsácia	Estudo randomizado/ 10.662	Carta-convite e contato telefônico	As duas intervenções são eficazes, porém a carta tem custo e aplicação mais acessível
Methods to increase participation in organized screening programs: a systematic review	2013	Revisão sistemática	Cartão postal e carta-convite	Ambas se mostraram eficazes para aumentar a participação em programas de prevenção do câncer cérvico-uterino
Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervico-uterino	2012	Pesquisa bibliográfica	Intervenções educativas	São eficazes para aquisição de comportamento preventivo ao câncer cérvico-uterino
Evidence-based intervention to reduce access barriers to cervical cancer screening among underserved Chinese American women	2010/EUA	Intervenção antes e após/134	Educação em saúde e <i>internet</i>	Aumento da adesão ao exame de papanicolaou

Quadro 1-

Título	Ano/país	Delineamento/ nº participantes	Intervenção	Desfechos
Effectiveness of cultivating la salud: a breast and cervical cancer screening promotion program for low-income Hispanic women	2009/EUA	Intervenção randomizada antes e após/ 243	Atividades educativas	Aumento da adesão na realização do exame de papanicolaou
Increasing pap smear utilization among Samoan women: results from a community based participatory randomized trial	2009/EUA	Intervenção randomizada/398	Programas educativos adaptados culturalmente	Aumento da adesão na realização do exame de papanicolaou
Actividades educativas en Cruce de los Baños sobre prevención del cáncer cervico-uterino	2010/Cuba	Intervenção randomizada/ 142	Intervenção educativa	Aumento da adesão na realização do exame de papanicolaou
Cervical cancer screening and adherence to follow-up among Hispanic women study protocol: a randomized controlled trial to increase the uptake of cervical cancer screening in Hispanic women	2012/EUA	Intervenção randomizada controlado paralelo/ 600	Intervenção educativa adaptada culturalmente	Aumento da adesão na realização do exame de papanicolaou
AMIGAS: a multicity, multicomponent cervical cancer prevention trial among Mexican American women	2013/EUA	Intervenção randomizada de quatro braços/ 613	Intervenções educativas	Aumento da adesão na realização do exame de papanicolaou
ACCISS study rationale and design: activating collaborative cancer information service support for cervical cancer screening	2009/EUA	Experimental prospectivo randomizado/20	Grupo focal com intervenções educativas	Aumentou o conhecimento quanto à prevenção do câncer de colo uterino

Quadro 1-

Título	Ano/país	Delineamento/ nº participantes	Intervenção	Desfechos
Community health worker intervention to decrease cervical cancer disparities in Hispanic women	2010/EUA	Estudo randomizado/120	Intervenção educativa com <i>workshops</i>	Associação positiva entre conhecimento do câncer de colo do útero com a realização do exame
Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia	2011/ Venezuela	Intervenção/65	Intervenção educativa	Aumento do conhecimento em relação ao câncer de colo do útero
Interventions that increase use of Pap tests among ethnic minority women: A meta-analysis	2011/EUA	Meta-análise	Múltiplas intervenções	A educação comunitária foi eficaz para o aumento de realização do exame de papanicolaou com associação à facilidade de acesso ao serviço de saúde
Overcoming barriers to cervical cancer screening among Asian American women	2011	Revisão	Intervenções educativas utilizando pessoas da comunidade	Favorecem o aumento das taxas de rastreamento
Impact of media reporting of cervical cancer in a UK celebrity on a population-based cervical screening programme	2011/Reino Unido	Ecológico/33.000	Reportagens da mídia sobre celebridades	Apresentam aumento transitório na taxa de exames de papanicolaou
Using entertainment-education to promote cervical cancer screening in Thai women	2012/EUA	Quase experimental	Novela temática e folhetos educativos	Aumento do conhecimento e da adesão ao exame de papanicolaou
Building a cervical cancer screening intervention for public health practice	2013/EUA	Estudo randomizado	Intervenção educativa de base comunitária	Aumento o rastreamento do câncer cérvico-uterino

Quadro 1-

Título	Ano/país	Delineamento/ nº participantes	Intervenção	Desfechos
Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance	2009/ Brasil	Intervenção/5.759	Visita domiciliar de Agente Comunitário de Saúde	Aumento da adesão ao exame de papanicolaou
Evaluation of a cervical cancer control intervention using lay health workers for Vietnamese American women	2010/EUA	Intervenção/234	Visita domiciliar de Agente de Saúde	Aumento da adesão ao exame de papanicolaou
Evaluating the efficacy of lay health advisors for increasing risk-appropriate pap test screening: a randomized controlled trial among Ohio Appalachian women	2011/EUA	Estudo randomizado/286	Visita domiciliar, chamadas telefônicas e cartão postal	Melhora da adesão ao exame
Refinement of an educational toolkit to promote cervical cancer screening among hispanic immigrant women in rural southern Georgia	2012/EUA	Intervenção	Ferramentas educacionais com Agentes Comunitários de Saúde	Diminui barreiras culturais e aumento da adesão à prevenção do câncer cérvico-uterino
Kin Keeper SM: design and baseline characteristics of a community-based randomized controlled trial promoting cancer screening in Black, Latina, and Arab women	2013/EUA	Estudo controlado randomizado/514	Educação em saúde através de Agentes de Saúde da Comunidade	Aumento da adesão ao exame de papanicolaou
Increasing cervical cancer screening in the United States-Mexico border region	2014/EUA	Intervenção/162	Educação em saúde através de Agentes de Saúde da Comunidade	Boa adesão ao exame de papanicolaou

Quadro 1-

Título	Ano/país	Delineamento/ nº participantes	Intervenção	Desfechos
Cervical cancer prevention: new tools and old barriers	2010/EUA	Intervenção	Parceria da Universidade com a comunidade	Diminuição de barreiras sociais e aumento da adesão ao exame de papanicolaou
Increasing cervical cancer screening in a hispanic migrant farmworker community through faith-based clinical outreach	2011/EUA	Revisão	Parceria dos serviços de saúde com entidades religiosas	Aumento da adesão ao exame de papanicolaou
Innovative approaches to promoting cervical health and raising cervical cancer awareness by use of existing cultural structures in resource-limited countries: experiences with traditional marriage counseling in Zambia	2013/África	Intervenção/70	Parceria dos serviços de saúde com entidades religiosas	Aumento da adesão ao exame de papanicolaou
Adaptation of a cervical cancer education program for africanamericans in the faith-based community, Atlanta, Georgia, 2012	2014/EUA	Metodológico	Intervenção educativa associada a igrejas	Aumento da adesão à prevenção do câncer cérvico-uterino
Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program	2010/ 22 países europeus	Transversal	Rastreo de base populacional	Apresenta maior eficiência que o rastreo oportunista
A systematic review of interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among Asian women	2012	Revisão sistemática	Múltiplas intervenções	Combinação de educação em grupo e disponibilidade de realização do exame é mais eficaz

Quadro 1-

Título	Ano/país	Delineamento/ nº participantes	Intervenção	Desfechos
Updated recommendations for client- and provider-oriented interventions to increase breast, cervical, and colorectal cancer screening	2012/EUA	Descritivo	Múltiplas intervenções	São eficazes educação em grupo, divulgação na mídia, redução de barreiras estruturais dos serviços de saúde
Effective interventions to facilitate the uptake of breast, cervical and colorectal cancer screening: an implementation guideline	2011	Metodológico	Múltiplas intervenções	Lembretes e redução de barreiras do serviço de saúde são eficazes para o aumento do rastreamento
Influencing women's actions on cervical cancer screening and treatment in Karawang District, Indonesia	2012/ Ásia	Pesquisa qualitativa	Múltiplas intervenções	Aumento da adesão com divulgação de informações, visitas domiciliares e oferta gratuita do exame
What implementation interventions increase cancer screening rates? a systematic review	2011	Revisão sistemática	Múltiplas intervenções	Aumento da adesão com lembretes, divulgação na mídia, educação em saúde e redução de barreiras do serviço de saúde

Fonte: Da autora, 2016

Não foram encontrados artigos publicados em revistas científicas nacionais. Os artigos são, assim, distribuídos: três na revista Bio Med Central Public Health, dois no Journal Health Care Poor Underserved, dois no Journal of Women's Health, dois no American Journal of Public Health, dois no Cancer, dois no Medisan, dois no Implementation Science, dois no Journal of Cancer Education e, um artigo publicado em cada uma das seguintes revistas: Contemporary Clinical Trials, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention, International Journal of Epidemiology, Journal General Internal Medicine, Rural and Remote Health, Journal of Medical Screening,

Journal Lower Genital Tract Disease, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Preventing Chronic Diseases, Psychooncology, North American Journal Medical Sciences, Bio Med Central Cancer, Progress Community Health Partnersh, International Journal of Cancer, Cochrane Database of Systematic Reviews, American Journal of Preventive Medicine, Research in Nursing & Health, Acta Cytologica, Global Health Promotione Journal Rural Health.

Em relação ao ano de publicação, 2011 foi o ano que apresentou mais publicações totalizando 11 artigos, em 2013 e 2012 foram sete artigos em cada ano, em 2010 seis artigos publicados, 2009 quatro e 2014 três artigos publicados.

Nos estudos, o número de mulheres participantes, a faixa etária, o local do estudo, o tipo do estudo e as intervenções utilizadas foram variados. As intervenções realizadas, descritas nos estudos referiram-se a: emprego de gerente de caso, contato telefônico, carta-convite, atividades educativas, divulgação na mídia, emprego de agentes de saúde da comunidade, formação de parcerias, rastreamento de base populacional e utilização de múltiplas intervenções.

Gerente de caso

A utilização de gerente de caso que, era uma pessoa que facilitava o acesso das mulheres ao exame de colpocitologia oncótica e, fornecia apoio social direcionado aos filhos, foi utilizada em Boston, Estados Unidos da América, direcionada a 732 mulheres negras na faixa etária de 18 a 75 anos de idade, por um período de cinco anos. Observou-se entre essas mulheres um aumento significativo na realização periódica do exame (CLARK et al., 2011).

Contato telefônico

Em pesquisa realizada na Suécia, com 8.800 mulheres que estavam há dois anos sem realizar o exame de colpocitologia oncótica, utilizando grupo controle e intervenção, inferiram que o contato telefônico aumenta a participação das mulheres na realização do exame, tem baixo custo e, é viável de realização no contexto do programa de prevenção (BROBERG et al., 2013).

Lembretes telefônicos automatizados foram utilizados em outra pesquisa de coorte realizada no Texas, Estados Unidos da América, com 32.807 mulheres por um período de três anos e, também, apontou aumento na realização do exame de colpocitologia oncótica (FORNOS; URBANSKY; VILLARREAL, 2014).

Estudo quase experimental realizado na Turquia, com 2.500 mulheres utilizando múltiplas intervenções de enfermagem, sendo elas, a utilização de educação em saúde, folheto educativo, contato telefônico e visita domiciliar, observou que o contato telefônico foi a intervenção que apresentou maior porcentagem de adesão à realização do exame de colpocitologia oncótica (GUVENC; AKYUZ; YENEN, 2013).

Carta-convite

Em uma revisão bibliográfica realizada com ensaios clínicos randomizados e controlados, observou-se que há evidências científicas para apoiar a utilização de carta-convite para aumentar a adesão aos programas de prevenção do câncer cérvico-uterino (EVERETT et al., 2011).

Estudo randomizado realizado na Alsácia com 10.662 mulheres que estavam em atraso com o exame de colpocitologia oncótica observou que a carta-convite e o contato telefônico foram igualmente eficazes para incentivar a realização do exame preventivo, entretanto, a carta tem custo mais acessível e é aplicável à mulheres que não tem telefone (HERANNEY et al., 2011).

Pesquisa de revisão sistemática avaliou a eficácia de intervenções para aumentar a participação em programas organizados de rastreio de base populacional e, observou que para o câncer cérvico-uterino foram consideradas intervenções eficazes cartão postal e, carta-convite de participação (CAMILLONI et al., 2013).

Atividades educativas

Nesta revisão integrativa, observou-se que as atividades educativas foram as intervenções mais utilizadas para propiciar o aumento na adesão da população feminina à realização da colpocitologia oncótica.

Pesquisa bibliográfica aponta que a utilização de intervenções educativas são eficazes para melhorar o nível de conhecimento da população e para aquisição de comportamentos preventivos ao câncer cérvico-uterino (RIQUELME; CONCHA; URRUTIA, 2012).

Estudo intervencionista realizado com 134 mulheres chinesas residentes na cidade de Nova York, nos Estados Unidos da América, observou que a intervenção de educação em saúde associada à *internet* foi eficaz para aumentar a adesão das mulheres à realização do exame de colpocitologia oncótica (WANG et al., 2010).

Nesse sentido, estudos intervencionistas randomizados consideram a atividade educativa como uma intervenção eficaz para aumentar a adesão na realização do exame de colpocitologia oncótica (BYRD et al., 2013; DUGGAN et al., 2012; FERNANDEZ et al., 2009; GUERRA; QUIALA; LAMBERT, 2010; MISHRA; LUCE; BAQUET, 2009), assim como o conhecimento dessas mulheres sobre a sua prevenção (COFTA-WOERPEL et al., 2009; NAIR et al., 2011; O'BRIEN et al., 2010).

Estudo de meta-análise sobre a eficácia de intervenções para o aumento de realização do exame de colpocitologia oncótica em mulheres de minorias étnicas nos Estados Unidos da América apontou a educação comunitária como uma das intervenções mais eficazes, porém esta deve estar aliada a melhoria de acesso ao serviço de saúde (HAN et al., 2011).

Outro estudo aponta que a utilização de intervenções educativas com pessoas leigas da comunidade favorece o aumento das taxas de rastreamento pelo exame de colpocitologia oncótica, no entanto a eficácia das intervenções educativas é minimizada se houver barreiras de acesso ao serviço de saúde (FANG; MA; TAN, 2011).

Divulgação na mídia

Estudo realizado com mulheres no País de Gales, Reino Unido, apontou que reportagens de mídia tem um papel importante no aumento de realização do exame de colpocitologia oncótica (MACARTHUR et al., 2011), assim como em estudo quase experimental realizado com mulheres do sudeste asiático observou aumento de conhecimento e de adesão ao exame por meio de uma novela temática e utilização de folhetos educativos (LOVE; TANJASIRI, 2012).

Pesquisa randomizada controlada com mulheres hispânicas de ascendência mexicana em Houston e El Paso no Texas e Yakima em Washington, Estados Unidos da América, realizada por meio de um projeto denominado AMIGAS (Ayudando a las Mujeres con Información, Guia, su Salud y Amor) disponibiliza informação sobre a prevenção do câncer cérvico-uterino com o intuito de aumentar a adesão à realização do exame (SMITH et al., 2013).

Agentes de Saúde da Comunidade

Estudo realizado com mulheres em 19 cidades do interior de São Paulo, Brasil, apontou a visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde como intervenção útil para captar as mulheres e aumentar a adesão ao exame de colpocitologia oncótica (MAUAD et al., 2009). De forma similar, estudo realizado com 234 mulheres vietnamitas residentes nos Estados Unidos da América, também apontou a intervenção educativa de visita domiciliar realizada por Agentes de Saúde como sendo eficaz para aumentar a adesão ao exame (TAYLOR et al., 2010).

Pesquisa randomizada controlada realizada com 286 mulheres em Ohio, Estados Unidos da América, utilizando os Conselheiros Leigos de Saúde com visita domiciliar, chamadas telefônicas e cartão postal mostrou melhora na adesão ao exame de colpocitologia oncótica (PASKETT et al., 2011), outra pesquisa intervencionista realizada com mulheres hispânicas residentes nos Estados Unidos da América, por meio de ferramentas educacionais via Agentes Comunitários de Saúde foram eficazes para diminuir as barreiras culturais e aumentar a adesão à prevenção do câncer cérvico-uterino (WATSON-JOHNSON et al., 2012).

Outro estudo controlado randomizado realizado nos Estados Unidos da América, com 514 mulheres negras, latinas e árabes, utilizando Agentes de Saúde da Comunidade para realizar educação em saúde sobre a prevenção do câncer cérvico-uterino, obteve adesão dessas mulheres na prevenção (WILLIAMS et al., 2013), assim como pesquisa intervencionista realizada com 162 mulheres hispânicas residentes na região fronteira do Novo México, Estados Unidos da América, com idades entre 29 e 80 anos participaram de educação em saúde realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e, 76,3% destas aderiram a prevenção realizando o exame (THOMPSON et al., 2014).

Parcerias

A integração entre a academia e a comunidade pode auxiliar na prevenção do câncer cérvico-uterino porque diminuem as barreiras sociais (SCARINCI, et al., 2010).

A parceria dos serviços de saúde com as entidades religiosas também é uma opção bem sucedida como observado no estudo realizado na área rural da Flórida, com mulheres hispânicas (LUQUE et al., 2011) e, em estudo intervencionista

realizado na Zâmbia (KAPAMBWE et al., 2013), ambos com resultados positivos no aumento a adesão à prevenção.

Da mesma forma, estudo realizado em Atlanta, Georgia, com mulheres afro-americanas por meio de uma intervenção educativa denominada Com Amor Aprendemos (CAA) adaptada para a cultura destas mulheres e utilizada em igrejas observou o aumento da adesão dessas mulheres à prevenção do CCU (HAYNES et al., 2014).

Rastreo de base populacional

Pesquisa realizada em 22 países europeus apontou que a utilização de programas preventivos de base populacional são mais eficientes que o rastreo oportunista (PALENCIA et al., 2010).

Múltiplas intervenções

Nessa categoria, incluem-se estudos científicos que utilizaram mais de um tipo de intervenção, sendo que alguns fizeram combinações específicas de intervenções, avaliando então os seus resultados.

Estudo de revisão sistemática sobre as intervenções para melhorar a adesão das mulheres asiáticas à prevenção do CCU referiu que a combinação de múltiplas estratégias é mais eficaz do que aplicadas isoladamente. O estudo apontou estratégias como a educação em saúde, a sensibilização cultural, campanhas na mídia e a utilização de impressos, sendo que, a combinação de educação em grupo com a disponibilidade de realização do exame de colpocitologia oncótica são as mais eficazes (LU et al., 2012).

Outra pesquisa apontou evidência de eficácia de aumento da participação de mulheres na prevenção do CCU com intervenções como a educação em grupo, divulgação de informações na mídia, a redução de custos para as mulheres e redução de barreiras estruturais do serviço de saúde (FIELDING et al., 2012).

Com o objetivo de desenvolver um guia de implementação para aumentar a absorção de rastreo para o câncer de colo do útero, foi observado que intervenções como lembretes e a redução de barreiras do serviço de saúde são recomendações para aumentar o rastreamento (BROUWERS et al., 2011a).

Pesquisa qualitativa realizada na Indonésia referiu que a divulgação de informações sobre a prevenção, a utilização de visitas domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde e mudanças estruturais no sistema de saúde como a oferta gratuita do exame são intervenções eficientes para aumentar a adesão das mulheres à prevenção do câncer cérvico-uterino (KIM et al., 2012).

Em outro estudo de revisão sistemática para avaliar as intervenções destinadas a aumentar o rastreamento do câncer de colo do útero, observou que lembretes e incentivos às mulheres, utilização de meios de comunicação, educação em saúde de forma individual e a redução de barreiras estruturais do serviço de saúde são opções que favorecem o aumento da adesão à prevenção (BROUWERS, et al., 2011b).

3.4 DISCUSSÃO

Os agrupamentos aqui apresentados das intervenções desenvolvidas com o objetivo de aumentar a adesão das mulheres à realização do exame de colpocitologia oncótica teve o intuito de facilitar a avaliação e análise das mesmas, inclusive focando a sua aplicação na realidade brasileira.

O fato da maioria das publicações com intervenções serem direcionadas às mulheres de países em desenvolvimento justifica-se pela alta incidência do CCU nestes países devido à baixa adesão dessas mulheres aos programas de prevenção e/ou aos possíveis problemas estruturais desses programas. O que repercute também em um maior número de óbitos (INCA, 2015).

As intervenções aqui apresentadas apontaram para resultados positivos que auxiliam a adesão das mulheres na realização do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. Entre essas intervenções, a utilização de gerente de caso, a capacitação de pessoas da própria comunidade e o estabelecimento de parcerias com outros setores que não apenas a saúde são ações possíveis de serem realizadas e inclusive são disposições contidas em portaria do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2011b).

Tendo em vista que a Equipe de Saúde da Família trabalha com área circunscrita e população delimitada, utiliza visita domiciliar, responsabilização pela população atendida, capacitação da população e parcerias com outros segmentos da sociedade (BRASIL, 2011b), essas intervenções são implicitamente desenvolvidas, apesar de não apresentar grandes divulgações.

A maioria dos artigos pesquisados reportam a atividade educativa como intervenção eficiente para aumentar a adesão das mulheres à realização do exame de colpocitologia oncótica. É uma atividade aceita pela população feminina e com baixo custo para os serviços de saúde. Pode ser realizada em grupo ou individualmente, dentro das Unidades de Saúde, por meio de visitas domiciliares e/ou em outros ambientes, pelos profissionais de saúde ou por pessoas capacitadas da própria comunidade.

As abordagens educativas relativas à prevenção do CCU devem estar presentes no processo de trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2013), e pesquisas apontam que o conhecimento sobre o câncer cérvico-uterino e sua prevenção associa-se a maior adesão na realização do exame (GU et al., 2012; LYIMO; BERAN, 2012). Destaca-se, assim, a sua importância.

A utilização de lembretes, chamadas telefônicas e carta-convite, são intervenções interessantes e podem ser consideradas, entretanto, a troca de número telefônico e endereço residencial é uma variável constante, o que dificultaria a utilização de forma eficiente. Além disso, é necessário atentar-se para o fato de que o simples comparecimento da mulher ao serviço de saúde pode não alterar a conscientização da importância da prevenção e não proporcionar mudanças nos hábitos de saúde. Assim, a adesão não pode ser reduzida ao cumprimento das recomendações profissionais, mas ao resultado da exposição a situações de aprendizagem e de enfrentamento que interferem na qualidade de vida dos indivíduos (MORAES; ROLIM; COSTA JUNIOR, 2009).

O uso da mídia como transmissor de informações à população foi uma importante ferramenta para a educação em saúde e, pode ser utilizada de diversas formas como televisão, rádio, internet e outros, alcançando um grande número de pessoas e repercutindo positivamente na prevenção do câncer cérvico-uterino.

Dessa forma, a comunicação é uma estratégia-chave no processo de disseminação de informação sobre temas de saúde na medida em que concorre para a promoção da igualdade social potencializando o contato dos agentes de saúde com os seus públicos principais (RUÃO, 2013).

Concernente ao tipo de rastreamento, no Brasil, a maioria dos exames de colpocitologia oncótica é realizado de forma oportunista nos serviços de saúde e a avaliação do impacto do rastreamento é focado apenas na cobertura da população que realizou os exames (VARGAS-HERNÁNDEZ; ACOSTA-ALTAMIRANO, 2012), e não no número de mulheres. Esses fatos devem ser considerados como questões a serem ponderadas e reavaliadas.

Assim, observamos nos artigos (BROUWERS et al., 2011a; BROUWERS et al., 2011b; FANG; MA; TAN, 2011; HAN et al., 2011; KIM et al., 2012), a necessidade de se ter uma organização adequada dos serviços de saúde para favorecer o aumento da participação das mulheres nos programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino.

Em países com programas de prevenção do câncer cérvico-uterino organizados adequadamente evita-se cerca de 80% dos casos novos (VARGAS-HERNÁNDEZ; ACOSTA-ALTAMIRANO, 2012). A organização adequada do programa deve englobar o atendimento integral à mulher, serviços de referência e contra referência, infraestrutura física e material para atendimento digno, profissionais capacitados e comprometidos com a população e a capacitação da comunidade de forma responsável e consistente.

Nesse contexto, tendo em vista a existência de várias intervenções eficazes e consistentes para aumentar a adesão ao programa de prevenção do câncer cérvico-uterino e, a maioria com impacto mínimo nos custos e recursos dos serviços de saúde (ROSSI et al., 2012), percebe-se a validade da utilização das intervenções abordadas como forma de implementar o Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino no Brasil.

3.5 CONCLUSÃO

Constatou-se que a maioria dos artigos publicados com o objetivo de avaliar intervenções para aumentar a adesão das mulheres à realização do exame de colpocitologia oncótica concentra-se em mulheres provenientes de países em

desenvolvimento devido à alta incidência do câncer cérvico-uterino nessas localidades, a falta de adesão ao programa de prevenção e a problemas estruturais dos serviços de saúde.

As intervenções utilizadas para a implementação dos programas de prevenção do câncer cérvico-uterino incluem a utilização de gerente de caso, o contato telefônico, a carta-convite, as atividades educativas, a divulgação na mídia, os agentes de saúde da comunidade e as parcerias. Todas possuem um resultado positivo no aumento da participação das mulheres e baixo custo financeiro. Entretanto, fica evidente a necessidade de aliar essas intervenções à estruturação adequada dos serviços de saúde e a realização do rastreamento de base populacional.

Os resultados desta produção científica subsidiam a área gerencial e assistencial dos serviços de saúde, contudo é necessário considerar as características específicas de cada localidade para aplicar as intervenções que mais condizem com a realidade local.

Como limitação do estudo, podemos citar que o fato das estratégias terem sido eficazes em outros países não assegura que serão eficazes em nosso País. Assim, é preciso implementar as ações e avaliá-las.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo apresenta-se o material, métodos e procedimentos utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo de intervenção, longitudinal, não randomizado, tipo antes e depois. Em estudos intervencionistas, os indivíduos são alocados em diferentes grupos e o pesquisador define quem receberá ou não a intervenção que podem ser intervenções terapêuticas ou intervenções preventivas (BUCHALLA; CARDOSO, 2005).

No caso desta pesquisa, há comparação entre dois grupos: um que recebeu intervenção educativa chamado de grupo intervenção e outro que recebeu intervenção padrão chamado de grupo controle. Foi observado o efeito sobre dois desfechos: conhecimento sobre o exame de colpocitologia oncótica e a adesão à realização do exame.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Município de Igarapava/SP (Figura 3), localizado no nordeste do estado de São Paulo, com área de 467.112 Km² e população de 28.899 habitantes (SEADE, 2016).

Figura 3- Mapa de localização do Município de Igarapava/SP



Fonte: Wikipédia

A escolha por esse município se deu, primeiramente, pelo fato de ser o local de trabalho da pesquisadora, além disso, o município desenvolve o programa de prevenção do CCU, porém não há realização de intervenções sistematizadas realizadas por profissionais de saúde com as mulheres que buscam a realização do exame de colpocitologia oncótica.

O serviço de saúde do município é composto pela Santa Casa de Misericórdia de Igarapava, Unidade de Especialidades Médicas, Centro de Especialidades Odontológicas, cinco Unidades de Saúde da Família e Centro de Saúde.

A Atenção Básica de Saúde do município é realizada no Centro de Saúde e nas cinco Unidades de Saúde da família.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram utilizados o Centro de Saúde e três Unidades de Saúde da Família, sendo eles Centro de Saúde II - Dr. Alcides Maciel, localizado na Rua Saldanha Marinho, 930; Unidade de Saúde da Família Central, localizada na Rua Capitão Vitoriano Machado, 490; Unidade de Saúde da Família Waldir Dib Mattar, localizada na Rua Edson Luís Branquinho, 216; e, Unidade de Saúde da Família Evaristo Rodrigues Nunes, localizada na Rua Pedro Bortoleto, 2010.

As duas Unidades de Saúde da Família que não fizeram parte da pesquisa foram excluídas pelo fato de não contar com enfermeira no início do período de coleta de dados. Assim, nestas Unidades não havia coleta de colpocitologia oncótica.

Nas Unidades de Saúde incluídas nesta pesquisa há realização do exame semanalmente pelas enfermeiras da Unidade. Nas Unidades de Saúde da Família é disponibilizado um turno (manhã ou tarde) de um dia da semana, onde são agendadas em média seis mulheres para a coleta de colpocitologia oncótica àquelas cadastradas nas áreas de atuação.

No Centro de Saúde II, são disponibilizados três turnos diferentes em três dias da semana, além da coleta do exame realizada de forma esporádica pelos médicos ginecologistas. Essa Unidade de Saúde atende o município como um todo, independentemente, do local de residência da mulher.

Em média, são atendidas cerca de 100 mulheres/mês no município, sendo que, mais da metade é coletada no Centro de Saúde. Eventualmente, são realizadas campanhas de prevenção do CCU no mês de outubro.

Após a coleta do exame, as lâminas são encaminhadas, semanalmente, para o laboratório de referência (Hospital de Câncer de Barretos) para a leitura e interpretação das amostras. O resultado do exame retorna ao município cerca de 40 dias após a coleta. Cabe a mulher procurar o serviço de saúde para buscar o seu resultado.

Segundo dados do Ministério da Saúde no período de janeiro a novembro de 2014 foram coletados 1.015 exames de colpocitologia oncótica. Destes, 37 (3,64%) tiveram resultados alterados sendo que cinco mulheres (0,49%) apresentaram “lesão intraepitelial de alto grau” (DATASUS, 2016). O tratamento e acompanhamento é realizado pelo Hospital de Câncer de Barretos juntamente com a Atenção Básica Municipal.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A seguir apresenta-se as informações explicativas referentes à população e amostra da pesquisa.

4.3.1 População alvo

A população do estudo foi composta pelas mulheres que realizaram o exame de prevenção do CCU nas referidas Unidades de Saúde no período, definido como fase I, de 22/09/2014 a 19/12/2014.

Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 25 e 64 anos, ter iniciado atividade sexual, residir no Município de Igarapava, realizar o exame de prevenção do CCU no período de coleta de dados da fase I, não ter realizado cirurgia de histerectomia total e não apresentar patologia que impeça de responder ao questionário e/ou de participar da intervenção educativa.

4.3.2 Alocação em grupos

As mulheres que compuseram a amostra foram alocadas por conveniência em grupo intervenção e grupo controle.

Grupo 1- Intervenção: composto pelas mulheres que utilizaram o Centro de Saúde II para a coleta do exame de colpocitologia oncótica e o fizeram com a pesquisadora. Foram oferecidos às mulheres três momentos de intervenção educativa baseada nos pressupostos freireanos.

Grupo 2- Controle: composto pelas mulheres que utilizaram as Unidades de Saúde da Família e o Centro de Saúde II para a coleta do exame de colpocitologia oncótica e o fizeram com as enfermeiras das Unidades de Saúde. Foram oferecidos às mulheres atendimentos padrão ofertados normalmente pelas unidades. Dessa forma, não houve prejuízo relacionado à oferta de serviços de saúde já prestados à população.

As intervenções foram planejadas de forma que os membros da equipe de

saúde não soubessem para qual dos grupos cada participante foi locada, sendo desejável que o maior número de pessoas seja cegado (HULLEY et al., 2015).

Ao longo desta pesquisa, apenas a pesquisadora sabia o cronograma e a disposição dos grupos, as intervenções eram realizadas em consultório individual e, em visitas domiciliares, porém não havia como interferir no desfecho avaliado de conhecimento e adesão ao exame de colpocitologia oncótica.

4.3.3 Cálculo da amostra

A população estimada de mulheres residentes no município, na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, no ano de 2014, foi de 7.795 (SEADE, 2016) e, segundo dados de coleta de exames de colpocitologia oncótica estimou-se cerca de 300 exames coletados no período no município (DATASUS, 2016).

O cálculo da amostra foi realizado considerando um nível de significância de 5%, um poder de 80% (erro do tipo II = 0,2), para uma prevalência a priori de adesão de 14% no grupo controle (SOARES, 2010). Por conseguinte, uma intervenção que se proponha a elevar a adesão (desfecho principal) para 28% (RR = 2) necessitará de 75 mulheres por grupo. Esse valor foi acrescido de 20% como perda na grade de amostragem (75/0,80) sendo composta de 90 mulheres em cada grupo.

4.3.4 Seleção da amostra

A amostra foi composta, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão expostos acima. Assim, a amostra de nosso estudo foi composta por 180 mulheres, sendo o processo de amostragem realizado por conveniência de forma não probabilística, sendo alocadas 90 mulheres em cada grupo.

Como critérios para a descontinuidade de participação no estudo definiu-se: desistir de participar do estudo; engravidar; ter sido acometida por doenças e/ou acidentes que impossibilitem o retorno da mesma ao serviço de saúde no período determinado na fase II; mudar a residência para outro município e, não ter sido localizada no endereço fornecido após três tentativas em dias e horários diferentes.

Para o desfecho adesão foi excluída a mulher que obteve resultado de

colpocitologia oncológica alterado, pois seguiria outras condutas de acompanhamento.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de fontes primárias (entrevista com aplicação de questionários às mulheres, descritos no próximo item), e fontes secundárias (prontuário das mulheres nas Unidades de Atenção Básica). A coleta de dados na fase I foi realizada no período de 22/09/2014 a 19/12/2014. A coleta de dados na fase II foi realizada no período de 22/09/2015 a 19/03/2016.

4.4.1 Instrumentos de coleta de dados

Para atender os objetivos propostos, foram utilizados para a coleta de dados dois formulários estruturados, sendo eles:

- a) questionário de identificação do perfil sociodemográfico, ginecológico e obstétrico (QSGO), que foi elaborado pelas pesquisadoras com base na literatura científica (APÊNDICE A). Salienta-se que foi realizado teste piloto com dez mulheres para adequação e padronização da etapa;
- b) questionário sobre conhecimento do exame de colpocitologia oncológica (QC), previamente validado em outra pesquisa (MENDES, 2014) e utilizado pelo Grupo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde da Mulher (APÊNDICE B).

4.4.2 Variáveis utilizadas no estudo

As variáveis de estudo constam do perfil das mulheres em relação à idade (em anos), ocupação (do lar, aposentada, doméstica, trabalho remunerado fora do lar), cor de pele (branca, parda, negra), estudo (em anos), situação conjugal (solteira, casada, separada, viúva), renda familiar mensal (salário mínimo), motivo de realização do exame (rotina de prevenção, queixa ginecológica), se já realizou o

exame antes (sim, não), há quanto tempo (em anos), se retornou para receber o resultado (sim, não), qual o resultado anterior (normal, normal com inflamação, com alteração), se passou por consulta (sim, não), se foi medicada (sim, não), se realizou o tratamento indicado (sim, não), se já fez cauterização (sim, não), quantas vezes já realizou o exame (número), de quanto em quanto tempo realiza o exame (a cada seis meses, anualmente, de vez em quando, quando tem solicitação, quando tem queixas), se tem fácil acesso ao exame (sim, não), quais os sentimentos em relação a realização do exame (medo, dor, desconforto, vergonha, preferência por profissional do sexo feminino), quantas vezes que ficou grávida (número), número e tipo de parto (cesariana, normal), abortos (número), idade da menarca (em anos), idade do início da atividade sexual (em anos), utilização de métodos contraceptivos (barreira, hormonal, cirúrgico), utilização de preservativo (sim, não) e, presença de alterações ginecológicas (leucorreia, odor fétido, edema, ectopia cervical...).

Além destas, constam ainda os resultados dos exames (inflamação, lesão intraepitelal de baixo grau...), retorno para receber o resultado (sim, não) e, as condutas prescritas (orientação, encaminhamento). Como variáveis de desfecho, utilizamos o conhecimento do exame de colpocitologia oncótica e a adesão à realização do exame no período de um ano (sim, não).

A respeito do conhecimento do exame de colpocitologia oncótica, as variáveis se referem à finalidade, procedimento de realização, população alvo, periodicidade, local de realização, cuidados anteriores ao exame e procedimento após a realização do exame.

4.5 DELINEAMENTO

A seguir apresenta-se a descrição detalhada do delineamento da pesquisa de acordo com as suas fases de operacionalização.

4.5.1 Delineamento da fase I - grupo intervenção

Na fase I do estudo, a pesquisadora permaneceu no Centro de Saúde II de

segunda a sexta-feira no período matutino, a disposição da população feminina para realizar a consulta ginecológica de enfermagem com coleta de colpocitologia oncótica sem agendamento prévio, ou seja, os atendimentos foram por livre demanda, sem determinação de número máximo de atendimentos/dia.

Ao procurar o serviço de saúde, após a verificação dos critérios de inclusão, a mulher era encaminhada ao consultório para atendimento individual com intuito de preservação de sua intimidade.

Nesse local, era realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C e D) e, a entrevista era iniciada com aplicação do QSGO e do QC.

Após a aplicação dos questionários, era realizada a primeira etapa da intervenção educativa (descrita no próximo item).

A seguir, a pesquisadora procedia a consulta ginecológica de enfermagem, por meio de roteiro pré-determinado pela literatura científica, baseada na assistência integral à mulher sucedendo a coleta do exame de colpocitologia oncótica.

Ao término da consulta ginecológica de enfermagem, era agendado o retorno da mulher ao serviço de saúde no prazo de 40 dias. Nessa consulta de retorno, a mulher recebia seu resultado do exame e, de acordo com este estabelecia-se a conduta: seguimento, tratamento ou encaminhamento. Nesse momento, era realizada a segunda etapa da intervenção educativa.

A terceira etapa da intervenção educativa ocorreu por meio de visita domiciliar à mulher seis meses após a coleta do exame, com objetivo de reforçar as orientações sobre a prevenção do CCU.

4.5.2 Delineamento da fase I - grupo controle

Referente ao grupo controle, a coleta de dados foi realizada pelas enfermeiras lotadas nas Unidades de Saúde, onde a pesquisa foi desenvolvida, por meio do procedimento padrão realizado nestas, ou seja seguia-se a rotina do serviço de saúde.

Assim, as mulheres ao procurarem a Atenção Básica de Saúde para

realização da colpocitologia oncótica eram agendadas para a realização do exame. No dia do agendamento, eram encaminhadas ao consultório, onde após a verificação dos critérios de inclusão e exclusão as mulheres eram convidadas a participarem da pesquisa.

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D e E) a entrevista era iniciada com aplicação do QSGO e do QC. Logo após procedia-se a consulta de enfermagem com realização do exame.

De acordo com a rotina do serviço de saúde, a mulher, neste momento não tinha consulta de retorno agendada para recebimento do resultado do exame e a postura do serviço era expectante em relação ao retorno.

Para a condução desta pesquisa, após decorrido 90 dias da data da coleta do exame era verificado junto ao serviço de saúde quais e quantas mulheres retornaram espontaneamente para receber o resultado do exame. A seguir, era realizado contato telefônico com as mulheres que não retornaram para o recebimento do resultado para definir o motivo pelo qual a mulher não retornou.

4.5.3 Delineamento da fase II - grupo intervenção

Na fase II, a pesquisadora lotada no Centro de Saúde II avaliou o retorno anual voluntário e espontâneo (adesão) das mulheres localizadas no grupo intervenção.

Ao retornar, a mulher era atendida por livre demanda para a consulta de enfermagem em ginecologia pela pesquisadora. Em consultório, era aplicado novamente o QC para comparação antes e após e, procedido à consulta com coleta do exame.

Assim, definiu-se como adesão à prevenção do CCU a mulher que retornou espontaneamente ao serviço de saúde no período de até um (1) ano e três (3) meses, a contar da data da coleta em 2014 da fase I.

Após o período estabelecido para retorno, aquela que não o fez no Centro de Saúde II, foi contatada por telefone para estabelecer o motivo do não retorno.

Salienta-se que o retorno não necessita ser no Centro de Saúde II, considerou-se adesão à prevenção do CCU quando a mulher retornou a uma

Unidade de Saúde para realização do exame, dentro do prazo estabelecido.

4.5.4 Delineamento da fase II - grupo controle

Após o período de um ano e três meses da data da coleta do exame de colpocitologia oncótica, da fase I, a mulher alocada no grupo controle, foi contatada pela enfermeira que realizou o exame de colpocitologia oncótica por meio de visita domiciliar onde foi reaplicado o QC para comparação antes e depois e, verificado a adesão ao exame de forma espontânea.

As informações autorreferidas foram confirmadas através da verificação nos prontuários das Unidades de Atenção Básica através dos quais foi possível constatar o retorno anual.

Para as mulheres que não referiram adesão, no momento da visita domiciliar questionou-se o motivo do não retorno e foi realizado orientações sobre a sua importância.

4.6 DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES

As intervenções educativas propostas nesta pesquisa tiveram a característica de ser atrativa e objetiva, com informações indispensáveis, propiciando diálogo, esclarecimento de dúvidas, desconstrução de conceitos equivocados e construção de novos conceitos sobre a prevenção do CCU.

A estratégia educativa foi baseada nos pressupostos freireanos, onde sua propositura é composta de cinco fases: 1) levantamento do universo vocabular; 2) escolha das palavras selecionadas do universo vocabular pesquisado; 3) criação de situações existenciais típicas do grupo com que se vai trabalhar; 4) elaboração de fichas-roteiro e, 5) feitura de fichas com a decomposição das famílias fonêmicas correspondente aos vocábulos geradores (FREIRE, 1999). Para este estudo, foram adaptadas à realidade e utilizadas as quatro primeiras etapas com todas as mulheres participantes do grupo intervenção.

A primeira fase foi realizada por meio dos QSGO e QC, os quais eram preenchidos antes da primeira etapa da intervenção educativa. A utilização desses questionários possibilitou conhecer os vocábulos, expressões e aspectos individuais que permeiam à prevenção do CCU. Por exemplo, algumas mulheres utilizam a expressão “exame de lâmina” para se referir ao exame de colpocitologia oncótica.

Na segunda fase, os vocábulos e expressões identificados foram escolhidos para direcionar a intervenção educativa através do diálogo e reflexão promovendo a comunicação com linguagem apropriada e compreensível.

Para a terceira fase, utilizou-se frases apontadas pela própria mulher em relação aos aspectos particulares identificados na primeira fase. Por exemplo, algumas mulheres referiram à necessidade da realização do exame por causa de queixa ginecológica de ‘corrimento’. Assim, a frase apontada pela mulher era utilizada como favorecedor do processo educativo.

Em relação a quarta fase, foi elaborado um roteiro de tópicos para auxiliar o debate com as mulheres, sendo este apenas um norteador da comunicação. Ele incluía os itens: finalidade do exame, forma de realização, população alvo, periodicidade, local de realização, cuidados anteriores à realização e conduta após o exame.

Na primeira etapa da intervenção educativa também se optou pela utilização de material ilustrativo e informativo (APÊNDICE F e G). Também houve demonstração da coleta do exame por meio da exposição de modelo anatômico de pelve feminina e do material utilizado para coleta do exame de colpocitologia oncótica (espéculo, lâmina, espátula de Ayres e escovinha cervical tipo Campos da Paz).

Salienta-se que a segunda e terceira etapa da estratégia educativa utilizada nesta pesquisa também se baseou nessas quatro fases da proposta freireana tendo em vista que na segunda etapa (consulta de recebimento do resultado) o momento era diferenciado e na terceira etapa (visita domiciliar) o lugar e a presença ou não de pessoas era singular. A aplicação dessa intervenção educativa possibilitou uma aproximação do contexto sociocultural das mulheres.

4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados no *software* Excel® e as análises estatísticas realizadas pelo *software* Action®, versão 3.1.

Para alcançar o objetivo 1, que se refere a descrição e comparação das características sociodemográficas, história obstétrica e ginecológica das mulheres entre os grupos, inicialmente foi utilizada uma análise descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e, a partir de medidas descritivas de centralidade (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e máximo) para as numéricas. Utilizou-se o teste t-Student para comparação das variáveis numéricas entre os grupos ou Mann-Whitney quando não normalidade dos dados. Para comparação das variáveis categóricas entre os grupos utilizou-se os testes Exato de Fischer ou qui-quadrado, seguido da análise de resíduo quando variáveis com três ou mais níveis e quando o teste qui-quadrado com resultado significativo ($p < 0,05$).

No objetivo 2 para analisar o conhecimento geral (% de acertos), utilizou-se uma análise descritiva a partir das medidas de centralidade (média, mediana e moda) e dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e máximo), seguida do teste t-Student para comparação entre grupos em cada momento ou Mann-Whitney quando a suposição de normalidade dos dados não satisfeita e do teste t-Student pareado para comparação entre os momentos em cada grupo ou Wilcoxon pareado quando não normalidade dos dados.

Para analisar o conhecimento específico por questão em relação a proporção de mulheres quanto ao acerto, utilizou-se, primeiramente, uma análise descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais, e teste de proporção-Z para comparação entre os grupos em cada momento e teste McNemar para comparação entre os momentos em cada grupo.

Quanto ao objetivo 3 que se refere a descrever e comparar os resultados dos exames e do retorno para recebimento do resultado, utilizou-se análise descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e, para comparação entre os grupos utilizou-se os testes Exato de Fischer ou qui-quadrado.

Em relação ao objetivo 4, que descreve as condutas e encaminhamentos

realizados, utilizou-se análise descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis.

Para alcançar o objetivo 5, que se refere a identificação e comparação da taxa de adesão das mulheres à realização da colpocitologia oncótica, inicialmente utilizou-se análise descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, para comparação entre os grupos utilizou-se os testes Exato de Fischer ou qui-quadrado.

Por fim, quanto ao objetivo 6, que se refere a correlação da adesão ao conhecimento, características sociodemográficas, história obstétrica e ginecológica, primeiramente, foi utilizada uma análise descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e a partir de medidas descritivas de centralidade (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e máximo) para as numéricas. Utilizou-se o teste t-Student para comparação das variáveis numéricas entre os grupos ou Mann-Whitney quando não normalidade dos dados. Para comparação das variáveis categóricas entre os grupos utilizou-se os testes Exato de Fischer ou qui-quadrado.

A normalidade dos dados e homogeneidade das variâncias, quando necessário, foi avaliada a partir do teste de Kolmogorov-Smirnov e Bartlett, respectivamente. O nível de significância para todos os procedimentos estatísticos inferenciais foi de 5%.

Os resultados estão apresentados em tabelas.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foi assegurado o cumprimento das normas para pesquisa com seres humanos presentes na Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2012).

Inicialmente, foi solicitada autorização ao Departamento Municipal de Saúde do Município de Igarapava/SP para a realização da pesquisa (APÊNDICE H). Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM e aprovado com o número de parecer 785.675 (ANEXO A). O estudo foi

registrado no Ministério da Saúde - Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos, sob identificação RBR-2q52rs (ANEXO B).

Foi solicitado à mulher a anuência para participação no estudo e, após os esclarecimentos sobre tema, objetivo e finalidade do estudo foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma para a pesquisadora e a outra para a participante.

Neste estudo, o risco de danos físicos foi quase inexistente, pois a coleta de colpocitologia oncótica foi realizada por profissionais, enfermeiras com vínculo trabalhista na Prefeitura Municipal de Igarapava, porém se houvesse algum tipo de desconforto físico a participante seria atendida por profissional médico presente na unidade da pesquisa ou encaminhada para serviço de pronto atendimento médico de urgência na Santa Casa de Misericórdia de Igarapava, por meio de ambulância disponibilizada pelo município.

Todas as informações foram coletadas e manipuladas apenas pela pesquisadora que garantiu sigilo das informações, utilizando-as apenas para esse fim. Os nomes das mulheres envolvidas foram omitidos. O sigilo, a privacidade, a confidencialidade, a proteção da imagem e a não estigmatização das informações foram garantidas pela pesquisadora, identificando as participantes com números.

A privacidade das participantes foi garantida no momento da consulta tanto para a coleta de colpocitologia oncótica, quanto para a entrevista em local privativo, minimizando, assim, possíveis desconfortos ou danos psíquicos, morais, sociais, culturais e emocionais.

O desenvolvimento da pesquisa nas Unidades de Atenção Básica não influenciou o fluxo e/ou rotina do serviço de saúde.

4.9 GERENCIAMENTO DA QUALIDADE DOS DADOS

Toda a pesquisa foi realizada e conduzida pela pesquisadora que garantiu o controle da qualidade dos dados coletados, digitados e analisados.

Foi realizada capacitação com as enfermeiras que participaram da coleta de dados. Esta ocorreu por um período de quatro horas, cinco dias antes do início da

coleta de dados, onde os questionários foram apresentados, discutidos e preenchidos por simulação.

Também foi realizado acompanhamento no campo de coleta para possível detecção de erros e correções, além disso, todos os instrumentos preenchidos pelas enfermeiras passaram por análise prévia da pesquisadora para verificação da consistência e completude das informações antes de serem digitados.

Por se tratar de instrumentos de pesquisa elaborados com questões fechadas, a ocorrência de falhas é mínima e o fato da enfermeira pertencer a Unidade referência para a participante favorece a interação entre elas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo apresentam-se os resultados das análises estatísticas e a discussão dos dados com a literatura científica.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E GINECOLÓGICAS

No perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa observa-se quanto à idade (em anos) padrão médio significativamente semelhante entre os grupos ($p=0,8749$), sendo no grupo intervenção ($43,44 \pm 11,20$ anos) e controle ($43,77 \pm 12,92$ anos), Tabela 1.

Tabela 1- Resumo descritivo e resultado de testes relacionados à idade das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

Idade (anos)	Grupos		Valor-p*
	Intervenção (n=90)	Controle (n=90)	
Mínima	25,00	25,00	
Média	43,44	43,77	
Mediana	43,5,	43,00	0,8749
Máxima	64,00	64,00	
Desvio padrão	11,20	12,92	

* Teste de Man Whitney
Fonte: Da autora, 2016

A média de idade (em anos) encontrada em nosso estudo não corrobora com a literatura científica, que aponta médias de idade inferiores, como em pesquisa transversal realizada com mulheres de 13 a 78 anos de idade, usuárias da Unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade de Fortaleza /CE onde observou média de

35,2 ± 13,58 anos (SILVEIRA et al, 2016). Em outro estudo realizado na Atenção Básica do Município de Teresina/PI, com mulheres de 25 a 64 anos de idade, a média de idade das mulheres que realizaram o exame de colpocitologia oncótica foi de 36,78 ± 10,57 anos (OLIVEIRA et al., 2014).

Podemos citar, também, estudo realizado em 24 Unidades Básicas de Saúde em Maringá/PR com mulheres de 12 a 93 anos de idade, a média de idade foi de 41,66 ± 14,18 anos (DELL'AGNOLO et al., 2014), estudo transversal realizado na Atenção Básica na cidade do Rio de Janeiro/RJ com mulheres de 20 a 59 anos de idade, observou média de idade de 36,76 ± 11,87 anos (SILVA; SILVA, 2012) e, pesquisa realizada nas Unidades de Atenção Básica à Saúde no Município de Goiânia/GO com mulheres de 14 a 91 anos de idade, detectou média de 33 anos de idade (BATISTA et al., 2012).

No Brasil, o rastreamento do CCU é recomendado na faixa etária dos 25 aos 64 anos de idade, tendo em vista que esse tipo de câncer ameaça a partir dos 30 anos aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos (INCA, 2015).

Pesquisas realizadas na Atenção Básica de Saúde em municípios como Natal/RN e interior do Paraná apontam que a faixa etária de 25 a 64 anos de idade definida como prioritária pelo Ministério da Saúde representa a grande maioria das coletas de exame de colpocitologia oncótica (LAGANÁ et al., 2013; SANTOS; ALMEIDA, 2014).

Analisando a idade por faixa etária, verifica-se padrão significativamente semelhante ($p=0,5677$) entre os grupos intervenção e controle (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição de frequências e resultado de teste estatístico da idade em faixas etárias das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, total e segundo os grupos.

Faixas etárias	Grupos						Valor-p*
	Total		Intervenção (n=90)		Controle (n=90)		
	n	%	n	%	n	%	
25 - 29	28	15,56	12	13,33	16	17,78	
30 - 34	23	12,78	11	12,22	12	13,33	
35 - 39	26	14,44	14	15,56	12	13,33	
40 - 44	17	9,44	10	11,11	7	7,78	0,5677
45 - 49	18	10,00	11	12,22	7	7,78	
50 - 54	24	13,33	14	15,56	10	11,11	
55 - 59	22	12,22	11	12,22	11	12,22	
60 - 64	22	12,22	7	7,78	15	16,67	

*Teste qui-quadrado

Fonte: Da autora, 2016

Em nosso estudo, verifica-se uma distribuição percentual similar entre as faixas etárias, o que não corrobora com outros estudos que referem predomínio de mulheres com idade inferior a 35 anos de idade (CORRÊA; VILLELA; ALMEIDA, 2012; SILVEIRA et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2014) e, inferior a 39 anos de idade (BATISTA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2014), o que coincide com o período fértil onde a mulher procura o serviço de saúde para cuidados reprodutivos.

O rastreamento em mulheres abaixo de 25 anos de idade não tem impacto na redução da incidência e/ou mortalidade por CCU. Além disso, o início mais precoce poderia representar um aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, consideradas não precursoras e representativas apenas de manifestação citológica da infecção pelo HPV, com grande probabilidade de regressão, mas que resultariam em um número significativo de procedimentos diagnósticos desnecessários (BRASIL, 2013).

De acordo com a OMS, alcança-se maior benefício quando se realiza o exame na faixa etária de 30 a 49 anos de idade (WHO, 2014), porém nesta pesquisa observa-se menores porcentagens de mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos de idade (Tabela 2). Este dado poderia ser explicado pelo fato de que nesta faixa etária muitas vezes a mulher não procura o serviço de saúde por já ter a prole completa. Destarte, é importante que os serviços de saúde organizem estratégias que alcancem esta população.

A respeito do momento em que as mulheres devem encerrar o rastreamento, não há dados objetivos de que este seria útil após os 65 anos de idade, além disso, existe uma tendência de ampliar o intervalo entre as coletas em mulheres com idade mais avançadas (SASIENI; CASTAÑON; CUZICK, 2010).

Pesquisa realizada pela Universidade Regional do Cariri, na cidade de Juazeiro do Norte/CE, constatou que mulheres com idade superior a 55 anos foram as que menos se submeteram ao exame de colpocitologia oncótica (BRINGEL; RODRIGUES; VIDAL, 2012), diferentemente de nossos resultados que apresentam participação adequada nessas faixas etárias.

Esse fato pode ser justificado pela parceria existente entre o Departamento de Saúde e o Clube da Terceira Idade que juntos promovem eventos direcionados às pessoas cadastradas, estas devem possuir 50 anos ou mais para usufruir dos eventos e áreas de lazer e esporte.

No grupo intervenção a porcentagem de mulheres na faixa etária de 60 a 64 anos de idade é de 7,78% enquanto que no grupo controle a porcentagem é de 16,67%. Esta diferença pode ser devido a uma maior preocupação ginecológica das mulheres do grupo controle ou pelo fato de pertencerem a uma área de cobertura de estratégia de Saúde da Família.

Concernente a anos de estudo, verifica-se padrão médio significativamente superior ($p=0,004$) no grupo controle ($7,86 \pm 4,16$ anos) em relação ao grupo intervenção ($6,25 \pm 4,06$ anos), Tabela 3.

Tabela 3- Resumo descritivo e resultado de testes relacionados aos anos de estudo das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

Anos de estudo	Grupos		Valor-p [*]
	Intervenção (n=90)	Controle (n=90)	
Mínima	0,00	1,00	
Média	6,25	7,86	
Mediana	5,50	8,00	0,0040
Máxima	16,00	21,00	
Desvio padrão	4,06	4,16	

*Teste de Wilcoxon- Man Whitney
 Fonte: Da autora, 2016

Outras pesquisas também referem média de anos de estudo similar ao nosso. Estudo realizado por pesquisadores em Fortaleza/CE verificou média de anos de estudo de $7,1 \pm 3,7$ anos (SILVEIRA et al., 2016). Em estudo realizado em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do País, verificou-se média de anos de estudo de $7,2 \pm 2,9$ anos e $7,4 \pm 2,9$ anos respectivamente. Sabe-se que menor escolaridade é considerada fator de risco para o CCU e que as mulheres mais vulneráveis são aquelas que menos realizam o exame (CORREA et al., 2012).

Considerando que as mulheres com maior escolaridade possuem maior acesso às informações e maior oportunidade de realizar o exame de colpocitologia oncótica (ALBUQUERQUE et al., 2014), existe a necessidade de implementar ações direcionadas para as mulheres com menor escolaridade, a fim de proporcionar maior integralidade dos cuidados à saúde.

Uma das ações que poderia ser realizada é a parceria do setor Saúde com outros setores como a Assistência Social e a Educação, promovendo atividades englobando os serviços de forma integrada.

Concernente a variável ocupação, verifica-se padrão estatisticamente diferente entre os grupos ($p=0,0128$). Enquanto as porcentagens do lar e trabalho regular fora do lar são similares nos grupos, no grupo intervenção a porcentagem de aposentadas/pensionistas é superior e a categoria doméstica é superior no grupo controle (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição de frequências das características sociodemográficas das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

Variáveis	Grupos				Valor-p*	Valor-p**
	Intervenção (n=90)		Controle (n=90)			
	n	%	n	%		
Ocupação					0,0128	
Do lar	39	43,33	36	40,00		0,650
Aposentada/pensionista	16	17,78	6	6,67		0,023
Doméstica	9	10,00	23	25,55		0,006
Tem trabalho regular fora do lar	26	28,89	25	27,78		0,869
Cor de pele					0,0046	
Branca	21	23,33	42	46,67		0,001
Parda	53	58,89	37	41,11		0,017
Negra	16	17,78	11	12,22		0,296
Situação Conjugal					0,9684	
Solteira	11	12,22	13	14,45		
Casada/com companheiro	55	61,11	55	61,11		
Separada/divorc./desquitada	13	14,45	12	13,33		
Viúva	11	12,22	10	11,11		
Renda familiar mensal					0,2519	
< 1 salário mínimo	6	6,67	10	11,11		
1 3 salários mínimos	76	84,44	67	74,44		
> 3salários mínimos	8	8,89	13	14,45		

*Teste qui-quadrado

**Resíduo padronizado do teste qui-quadrado

Fonte: Da autora, 2016

No grupo intervenção, observa-se que a maioria das mulheres não possui trabalho remunerado o que corrobora com pesquisa realizada no Município de Teresina/PI onde 78,5% das mulheres que realizaram o exame na Unidade Básica de Saúde não possuem trabalho remunerado (OLIVEIRA et al., 2014) e, pesquisa realizada em Fortaleza/CE também aponta maioria de mulheres (62,3%) que não trabalham fora do lar (VASCONCELOS et al., 2014).

Pode-se pensar que o fato de ter trabalho remunerado acrescido dos afazeres domésticos representa um empecilho na busca pelo serviço de saúde, tendo em vista a carga horária despendida pelas mulheres, como demonstrado em estudo realizado em Vitória da Conquista/BA (AGUILAR; SOARES, 2015). Entretanto, pesquisa aponta que mulheres com trabalho remunerado apresentam maior chance de realização da prevenção do CCU (FALCÃO et al., 2014).

Assim, como esse aspecto é controverso na literatura científica, compete ao serviço de saúde à realização de diagnóstico situacional local para conhecer a sua realidade, a fim de propor medidas e ações coerentes para facilitar a implementação do programa de prevenção do CCU.

Em relação à variável cor de pele, observa-se também padrão estatisticamente diferente entre os grupos ($p=0,0046$). No grupo controle a porcentagem de mulheres de cor branca foi superior enquanto que no grupo intervenção a porcentagem de mulheres de cor parda foi superior (Tabela 4).

Estudo realizado na Atenção Básica do Município de São Sebastião do Paraíso/MG encontrou maior porcentagem de mulheres de cor branca (66%) seguidas de mulheres de cor parda (29%) (LÍBERA et al., 2012).

Salienta-se que a cor de pele é, muitas vezes, auto declarada pela participante da pesquisa, assim, representa a percepção de diversidade da própria mulher. Quanto ao CCU, a cor de pele não é fator de risco, porém os serviços e profissionais de saúde devem estar atentos a possíveis associações como baixa escolaridade e baixa condições socioeconômicas.

Quanto às variáveis situação conjugal e renda familiar mensal, verifica-se que o padrão entre os grupos são estatisticamente semelhantes (Tabela 4). O perfil das mulheres que procuraram o serviço de saúde para a realização do exame de colpocitologia oncótica corrobora com outras pesquisas, onde a maioria é casada ou possui companheiro (CORRÊA; VILLELA; ALMEIDA, 2012; LÍBERA et al., 2012; SILVA; SILVA, 2012; SILVEIRA et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2014) e, apresenta renda mensal entre um e três salários mínimos (CORRÊA; VILLELA; ALMEIDA, 2012; SILVA; SILVA, 2012).

O fato de ter companheiro favorece a realização do exame de colpocitologia oncótica e o cuidado da saúde sexual (RICO; IRIART, 2013), sendo assim a

estabilidade conjugal se torna um ponto positivo na prevenção do CCU.

Evidencia-se também a importância do nível socioeconômico que quanto maior, maior a chance de participar do rastreamento do CCU adequadamente (CORREA et al., 2012). Portanto, faz-se necessário fortalecer ações e atividades preventivas para os grupos de mulheres com menores níveis socioeconômico que são as mais vulneráveis.

Concernente à história obstétrica, a variável número de gestações ($p=0,0138$), número de partos ($p=0,0035$) e número de partos normais ($p=0,0058$) apresentam padrões estatisticamente superiores no grupo intervenção em relação ao grupo controle. Entretanto, para as variáveis número de parto cesárea e número de abortos, verifica-se padrão entre os grupos estatisticamente semelhantes (Tabela 5).

Tabela 5- Resumo descritivo e resultado de testes relacionados à história obstétrica das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

História Obstétrica	Grupos		Valor-p*
	Intervenção (n=90)	Controle (n=90)	
Número de gestações			0,0138
Mínima	0,00	0,00	
Média	3,22	2,40	
Mediana	3,00	2,00	
Máxima	11,00	8,00	
Desvio padrão	2,19	1,44	
Número de partos			0,0035
Mínima	0,00	0,00	
Média	2,81	2,02	
Mediana	3,00	2,00	
Máxima	10,00	7,00	
Desvio padrão	1,90	1,21	
Número de parto normal			0,0058
Mínima	0,00	0,00	
Média	1,90	0,98	
Mediana	1,00	0,00	
Máxima	10,00	6,00	
Desvio padrão	2,21	1,33	
Número de parto cesárea			0,3244
Mínima	0,00	0,00	
Média	0,91	1,02	
Mediana	1,00	1,00	
Máxima	4,00	3,00	
Desvio padrão	1,06	0,99	
Número de aborto			0,5281
Mínima	0,00	0,00	
Média	0,41	0,38	
Mediana	0,00	0,00	
Máxima	6,00	4,00	
Desvio padrão	0,95	0,72	

*Teste de Wilcoxon - Man Whitney

Fonte: Da autora, 2016

A multiparidade associada a outros fatores como infecção pelo HPV é fator de

risco para o desenvolvimento do CCU (BRASIL, 2013), entretanto, em estudo transversal realizado com 493 mulheres em Floriano/PI observou-se que a paridade está associada com a adequação da prática de realização do exame de colpocitologia oncótica (ALBUQUERQUE et al., 2014), assim, mulheres que possuem filhos tendem a se preocupar mais com a sua saúde.

Em relação às variáveis idade da menarca e idade de início da atividade sexual constata-se padrão estatisticamente semelhante entre os grupos, apesar do grupo intervenção apresentar idade máxima superior ao grupo controle (Tabela 6).

Tabela 6- Resumo descritivo e resultado de testes relacionados à história ginecológica das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

História Ginecológica	Grupos		Valor-p*
	Intervenção (n=90)	Controle (n=90)	
Idade da menarca			0,6359
Mínima	9,00	9,00	
Média	12,86	12,74	
Mediana	13,00	13,00	
Máxima	19,00	16,00	
Desvio padrão	1,93	1,60	
Idade início atividade sexual			0,9609
Mínima	13,00	13,00	
Média	18,08	17,74	
Mediana	17,00	17,00	
Máxima	43,00	28,00	
Desvio padrão	5,06	3,02	

* Teste de Wilcoxon - Man Whitney
Fonte: Da autora, 2016

Analisando outro estudo realizado com meninas de 7 a 18 anos de idade no Município de Campinas/SP, os pesquisadores apontaram idade mediana da menarca inferior a do nosso estudo, sendo 12,2 anos em meninas de escolas

públicas e 12,1 em meninas de escolas particulares (CASTILHO; NUCCI, 2015).

A média de idade de início da atividade sexual deste estudo é similar a outro realizado em Porto Alegre/RS, São Paulo/SP e Campinas/SP com 8.641 mulheres, que encontrou média de $18,5 \pm 4,0$ anos. O fator idade de início de atividade sexual é de suma importância na avaliação de risco para CCU, uma vez que está relacionada à infecção pelo HPV e alterações citológicas no rastreamento do CCU (ROTELI-MARTINS et al., 2007). Em Fortaleza/CE, pesquisadores observaram média de $16,7 \pm 3,3$ anos de idade (SILVEIRA et al., 2016), média inferior ao encontrado neste estudo.

Outra pesquisa realizada em Manaus/AM apontou que a maioria das mulheres iniciou atividade sexual entre 15 e 29 anos de idade (CORRÊA; VILLELA; ALMEIDA, 2012). Em outro estudo realizado em Pau dos Ferros/RN, observou-se que a maioria das mulheres (75%) iniciou sua vida sexual entre 12 e 18 anos de idade (LIMA; NASCIMENTO; ALCHIERI, 2014), em Senhor do Bonfim/BA, pesquisadores apontam início de atividade sexual de 12 a 17 anos (SANTIAGO; ANDRADE; PAIXÃO, 2014).

No grupo intervenção, este estudo aponta idade de início de atividade sexual máxima (43 anos) muito superior àquelas verificadas na literatura científica e no grupo controle (28 anos). Esse fato pode ser explicado por se tratar de mulheres que seguem a sua religiosidade com afinco e, por isso optam por agregar a relação sexual ao casamento formalizado.

O início precoce da atividade sexual é um fator de risco para o CCU (BRASIL, 2013), pois, provavelmente, essa mulher terá mais tempo para se expor à infecção pelo HPV.

Quanto à realização anterior de cauterização do colo uterino, verifica-se padrão estatístico semelhante ($p=1$) entre os grupos intervenção e controle (Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição de frequências de realização de cauterização das mulheres que realizaram a colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Grupos	Realização de cauterização					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Intervenção	14	15,56	76	84,44	90	100
Controle	13	14,44	77	85,56	90	100

Teste qui-quadrado: $p=1$
 Fonte: Da autora, 2016

Entretanto, em relação ao tempo de realização da cauterização a média do grupo controle ($22,92 \pm 9,21$ anos) é estatisticamente superior ($p=0,0061$) ao grupo intervenção ($13,35 \pm 5,55$ anos), Tabela 8.

Tabela 8- Resumo descritivo e resultado de testes relacionados ao tempo de realização da cauterização das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

	Grupos		Valor-p*
	Intervenção (n=90)	Controle (n=90)	
Tempo (anos) da cauterização			0,0061
Mínima	8,00	10,00	
Média	13,35	22,92	
Mediana	11,00	20,00	
Máxima	24,00	38,00	
Desvio padrão	5,55	9,21	

*Teste de Wilcoxon - Man Whitney
 Fonte: Da autora, 2016

A cauterização é um procedimento médico utilizado, anteriormente, com certa frequência quando se detectava alterações celulares compatíveis com infecção pelo HPV e na presença de ectopia do colo uterino. Atualmente, esse tipo de

procedimento não consta no manual de rotinas do Ministério da Saúde. Pode ser observado na Tabela 8, que o tempo mínimo de cauterização referido pelas mulheres foi de 8 a 10 anos.

Ao que se refere à utilização de métodos contraceptivos, constata-se padrão estatisticamente superior ($p=0,00008$) no grupo intervenção em relação ao grupo controle (Tabela 9). Considerando que se trata de uma população semelhante, na mesma faixa etária, não podemos fazer inferência sobre o motivo de se ter uma diferença entre os grupos.

Tabela 9- Distribuição de frequências da utilização de métodos contraceptivos entre as mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Utilização de métodos contraceptivos						
Grupos	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Intervenção	65	72,20	25	27,80	90	100
Controle	38	42,22	52	57,78	90	100

Teste qui-quadrado: $p=0,00008$
 Fonte: Da autora, 2016

Em estudo transversal realizado em Aracaju/SE com 210 mulheres, os pesquisadores referiram uso de métodos contraceptivos em 83,3% das mulheres (PRADO; SANTOS, 2011), porcentagem superior a deste estudo.

A opção em utilizar métodos contraceptivos ou não está integrada ao programa de planejamento familiar que se refere ao direito do casal decidir se querem ou não ter filhos, quantos e quando querem ter. Essa escolha deve ser acompanhada pelo direito as informações, meios e métodos para ter filhos ou não (BRASIL, 2009). Entretanto, a escolha desse método contraceptivo deve levar em conta a característica da proteção à DST/AIDS e, conseqüentemente, da prevenção do CCU.

O papel do enfermeiro na saúde da mulher é um elemento essencial, pois ele tem capacidade de proporcionar a população esclarecimentos relacionados aos

métodos contraceptivos focando as características como aceitabilidade, reversibilidade, taxa de falha, efeitos colaterais, dentre outras, auxiliando as mulheres na escolha e uso efetivo dos métodos contraceptivos que melhor se adapte às suas condições de saúde.

Assim, concernente ao tipo de método contraceptivo utilizado pelas mulheres (Tabela 10), observa-se padrão estatístico diferente ($p=0,0423$) entre os grupos, sendo a utilização de laqueadura tubária no grupo intervenção superior ao grupo controle ($p=0,014$).

Tabela 10- Distribuição de frequências e testes estatísticos referentes ao tipo de método contraceptivo utilizado pelas mulheres que realizaram a colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

	Tipo de método contraceptivo utilizado						
	Intervenção (n=65)		Controle (n=38)		Geral (n=103)		Valor-p*
	n	%	n	%	n	%	
Cirúrgico definitivo	45	69,23	17	44,74	62	60,19	0,014
Hormonal	14	21,54	13	34,21	27	26,22	0,159
Preservativo masc	6	9,23	8	21,05	14	13,59	0,091

Teste qui-quadrado: $p=0,0423$

*Resíduo padronizado do teste X^2

Fonte: Da autora, 2016

Em pesquisa realizada em Aracaju/SE, os pesquisadores apontaram que os métodos contraceptivos mais utilizados no setor privado de saúde foram o cirúrgico definitivo (26%) seguido pelo hormonal (24%), porém no setor público de saúde, o método mais utilizado foi o hormonal (41%) e cirúrgico definitivo (18,2%), o uso de preservativo ficou em terceiro lugar em ambos os setores, 12,0% e 17,3% respectivamente (PRADO; SANTOS, 2011).

Outro estudo realizado em Fortaleza/CE, com 909 mulheres, constatou também como métodos contraceptivos mais utilizados 31,2% laqueadura tubária, 26,6% hormonal oral e 22,7% preservativo masculino (NICOLAU et al., 2011).

Quanto ao método cirúrgico definitivo apenas uma mulher no grupo

intervenção e uma no grupo controle referiu-se a vasectomia, todas as demais foram laqueadura tubária. Concernente ao método contraceptivo hormonal apenas duas mulheres em cada grupo referiram tratar-se de injetável, para o restante tratava-se de hormonal oral.

As características da mulher que opta pela laqueadura é, em sua maioria, casada ou com união consensual, possui baixa escolaridade e com perfil anticoncepcional progresso restrito (NICOLAU et al., 2011), perfil também encontrado neste estudo. Nota-se poucas mulheres utilizando a contracepção hormonal injetável e, não houve referências a métodos contraceptivos comportamentais, DIU, preservativo feminino e, implantes.

Pesquisas apontam que o planejamento familiar ainda é considerado apenas de responsabilidade da mulher e, por isso o conhecimento dos métodos contraceptivos pelo homem ainda é muito restrito e limitado, assim como a sua participação e envolvimento nesse programa (SAUTHIER; GOMES, 2011; SILVA et al., 2011b; SOARES et al., 2014), o homem busca o serviço de saúde para receber preservativos ou fazer diagnóstico de alguma patologia (CASARIN; SIQUEIRA, 2014).

Portanto, a falta de conhecimento associado à questões de gênero podem justificar as altas porcentagens de laqueadura tubária em relação à vasectomia.

Em relação à utilização de preservativos em todas as relações sexuais com intuito de prevenção de DST/AIDS, o padrão estatístico entre os grupos ($p=0,5247$) é semelhante (Tabela 11).

Tabela 11- Distribuição de frequências de utilização de preservativo em todas as relações sexuais das mulheres que realizaram a colpocitologia no serviço público de saúde no Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Grupos	Utilização de preservativos					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Intervenção	15	16,67	75	83,33	90	100
Controle	11	12,22	79	87,78	90	100

Teste qui-quadrado: $p=0,5247$

Fonte: Da autora, 2016

A utilização do preservativo em todas as relações sexuais constitui-se na prevenção primária do CCU, tendo em vista que impede a infecção pelo HPV. Contudo, observa-se que a maioria das mulheres, neste estudo, não utiliza preservativo, constituindo-se, assim, um fator de risco.

Quando se refere aos motivos relatados para a não utilização dos preservativos, observa-se padrão estatisticamente diferente entre os grupos ($p=0,0042$). Em relação ao parceiro não gostar ou não querer utilizar o preservativo, observa-se padrão superior ($p=0,002$) no grupo intervenção (Tabela12).

A categoria outros se referiu no grupo intervenção, a duas mulheres (2,67%) que alegam alergia e duas (2,67%) que possuem intenção de engravidar, no grupo controle as 12 mulheres (15,18%) referiram não possuir parceiro sexual, o que apresenta padrão estatístico ($p=0,045$) superior (Tabela 12).

Tabela 12- Distribuição de frequências e testes estatísticos dos motivos referidos para não utilização de preservativos pelas mulheres que realizaram a colpocitologia oncótica no serviço público municipal de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Motivos referidos para não utilizar preservativos							
	Intervenção (n=75)		Controle (n=79)		Geral (n=154)		Valor- p*
	n	%	n	%	n	%	
Possuir relacionamento fixo	34	45,34	43	54,43	77	50,00	0,259
Tem confiança no parceiro	15	20,00	9	11,39	24	15,58	0,141
O parceiro não gosta/quer	13	17,33	2	2,52	15	9,79	0,002
A mulher não gosta	9	12,00	13	16,48	22	14,26	0,430
Outros	4	5,33	12	15,18	16	10,37	0,045

Teste qui-quadrado: $p=0,0042$

*Resíduo padronizado do teste qui-quadrado

Fonte: Da autora, 2016

Analisando a literatura científica, podemos observar que os motivos para não utilizar preservativos são diferentes dependendo da faixa etária. Para os adolescentes constitui-se como o principal comportamento de risco (COUTINHO et al., 2013), onde a menina já poderia se expor à infecção pelo HPV.

As idosas são consideradas vulneráveis por causa da invisibilidade do sexo na velhice e da pequena adesão de homens idosos aos preservativos masculinos (SANTOS; ASSIS, 2011), entretanto a literatura recomenda que a mulher acima de 64 anos quando possui dois resultados de colpocitologia oncóticas anuais e consecutivas com resultados normais pode ser retirada do rastreamento para CUU (BRASIL, 2013).

Para as mulheres em idade fértil, percebe-se que possuir relacionamento fixo e a confiança depositada no parceiro são os principais motivos para não utilizar preservativos (ALMEIDA et al., 2014; MIRANDA et al., 2016; VALIM et al., 2015) o que corrobora com este estudo e, conseqüentemente, torna a mulher com relacionamento estável vulnerável à infecção pelo HPV.

Além disso, sabe-se que em nossa sociedade a desigualdade entre os sexos

e a normativa hegemônica do gênero masculino facilita a disponibilidade do preservativo para os homens com uma frequência maior que para as mulheres o que contribui para a vulnerabilidade de ambos (FRANCISCO et al., 2016).

Esses fatores acrescidos pelo conhecimento e prática inadequada do uso do preservativo masculino e conhecimento, atitude e prática insatisfatórias do uso do preservativo feminino (ANDRADE et al., 2015) diminui a autonomia das mulheres em se proteger.

Isto posto, verifica-se a necessidade de combinação de estratégias de incentivo ao uso de preservativos promovendo a reflexão e possibilidade de apropriação dos métodos de prevenção. A utilização de abordagens diferenciadas como a questão do sexo e do prazer dentro do contexto das relações afetivas pode promover uma maior adesão ao uso de preservativos.

Concernente à realização do exame de colpocitologia oncótica anteriormente pelas mulheres, a grande maioria realizou o exame anteriormente. Verifica-se padrão estatístico semelhante ($p=0,7650$) entre o grupo intervenção e controle (Tabela 13).

Tabela 13- Distribuição de frequências de realização de colpocitologia oncótica anterior entre as mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Realização de colpocitologia oncótica anterior						
Grupos	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Intervenção	83	92,2	7	7,8	90	100
Controle	85	94,4	5	5,6	90	100

Teste qui-quadrado: $p=0,7650$

Fonte: Da autora, 2016

A cobertura de realização do exame de colpocitologia oncótica, no Brasil, é variável. Em estudo realizado em Boa Vista/RR, pesquisadores apontaram cobertura trienal de 85,7% (NAVARRO et al., 2015), outra pesquisa realizada por meio de inquérito telefônico em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal

apontou que dez capitais conseguiram alcançar a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde de 80% para a realização do exame em algum momento na vida e, apenas sete para os últimos três anos (SADOVSKY et al., 2015).

No município deste estudo, observou-se cobertura de realização do exame de colpocitologia oncótica no ano de 2010 de 14,9% (SOARES; SILVA, 2010a), na região do Departamento Regional de Franca (DRS-VIII) que, inclui esse município foi observado em 2007 e 2008 cobertura de 16,4% (SOARES, 2010), caracterizando baixas coberturas.

Atingir alta cobertura do exame de colpocitologia oncótica na população alvo é o componente mais importante para se obter significativa redução da incidência e da mortalidade por CCU (BRASIL, 2013), porém a realização do exame pelo menos uma vez na vida já é capaz de reduzir as taxas de mortalidade pelo CCU (WHO, 2014), contudo deve-se salientar a existência de mulheres que nunca realizaram o exame na vida.

Os motivos alegados para a não realização de colpocitologia oncótica anteriormente podem ser observados na Tabela 14. A maioria das mulheres associou a falta de queixa ginecológica como motivo para não realizar o exame.

Tabela 14- Distribuição de frequências dos motivos referidos para a não realização de exame de colpocitologia oncótica anterior pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Motivos referidos para não realizar colpocitologia oncótica anterior						
	Intervenção (n=7)		Controle (n=5)		Total (n=12)	
	n	%	n	%	n	%
Sem queixa ginecológica	3	42,70	2	40,0	5	41,66
Vergonha	2	28,92	-	-	2	16,66
Medo do resultado/exame	1	14,19	1	20,0	2	16,66
Não conhecia o exame	1	14,19	1	20,0	2	16,66
Sem tempo	-	-	1	20,0	1	8,36

Fonte: Da autora, 2016

O exame de colpocitologia oncótica apesar de possuir no laudo a existência ou não de micro-organismos que podem causar inflamação, este não é o objetivo do exame. O exame entendido como rastreamento tem como objetivo identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer em uma população aparentemente saudável e encaminhá-la para investigação e tratamento (BRASIL, 2013).

Assim, apesar da realização do exame estar integrada nas rotinas de atendimento das Unidades de Saúde constata-se a necessidade de implementar atividades e ações direcionadas a prevenção do CCU.

Em estudo descritivo qualitativo realizado em Vitória da Conquista/BA com mulheres em idade fértil, pesquisadores apontaram como motivos para a não realização do exame de colpocitologia oncótica a insuficiência de conhecimento, sentimentos negativos como vergonha e medo, falta de atitude, aspectos relacionados aos serviços de saúde e inserção no mercado de trabalho (AGUILAR; SOARES, 2015), resultados que corroboram com neste estudo exceto a categoria que se refere aos serviços de saúde, que nesse momento não aparece como problemática da não realização.

Em pesquisa qualitativa realizada em Divinópolis/MG os principais motivos relatados pelas mulheres para não realizar o exame de colpocitologia oncótica foram vergonha e medo de resultado maligno (NASCIMENTO; ARAUJO, 2014). A vergonha também é verificada como principal motivo de não realizar o exame no estudo desenvolvido em Cuiabá/MT (DUARTE et al., 2015). Pode-se compreender que o sentimento de vergonha está relacionado ao desnudamento do corpo frente a um profissional de saúde.

Estudo realizado em Floriano/PI, com 493 mulheres também apontou como motivos para não realizar o exame de colpocitologia oncótica a ausência de sintomas ginecológicos e a vergonha (ALBUQUERQUE et al., 2014). Salienta-se também que as lesões precursoras do CCU são assintomáticas, apenas no estágio invasor da doença ocorrem sangramento vaginal, leucorreia e dor pélvica (BRASIL, 2013).

Entendendo que mulheres que recebem informações dos profissionais de saúde possuem maior proporção de chance de realizar o exame de rastreamento nos últimos três anos (CORRÊA; VILLELA; ALMEIDA, 2012), faz-se necessário

repensar a necessidade da prática constante de educação em saúde para as mulheres.

Quanto ao tempo de realização do último exame de colpocitologia oncótica, observa-se padrão estatístico semelhante ($p=0,1597$) entre os grupos intervenção e controle, apesar da média no grupo controle ($3,11 \pm 3,71$ anos) ser superior ao grupo intervenção. Destaca-se que o tempo máximo de anos da última vez que a mulher realizou o exame no grupo intervenção foi de oito anos e no grupo controle 20 anos (Tabela 15).

Tabela 15- Resumo descritivo e resultado de testes relacionados ao tempo de realização da última colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

	Grupos		Valor-p*
	Intervenção (n=83)	Controle (n=85)	
Tempo (anos) do último exame			0,1597
Mínima	1,00	1,00	
Média	2,53	3,11	
Mediana	2,00	2,00	
Máxima	8,00	20,00	
Desvio padrão	1,76	3,71	

*Teste de T Student amostras independentes
Fonte: Da autora, 2016

Em pesquisa realizada em Natal/RN, os pesquisadores verificaram predominância de mulheres (42,9%) com periodicidade de intervalos entre os exames acima de cinco anos (LAGANÁ et al., 2013).

Um espaçamento grande entre exames de colpocitologia oncótica pode ser fator de risco para a evolução do CCU, assim, a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde é dois exames anuais consecutivos negativos e a mulher passa a fazê-lo trienalmente (BRASIL, 2013), assim, pode-se considerar como rastreamento adequado aquelas mulheres que realizaram o exame nos últimos três anos.

Categorizando o tempo em faixas de anos prévios a última realização do exame de colpocitologia oncótica, observa-se que a maioria das mulheres deste estudo possui periodicidade adequada, porém uma porcentagem significativa realizou o exame há mais de cinco anos. Os grupos apresentam padrão estatisticamente semelhante (Tabela 16).

Tabela 16- Distribuição de frequências do tempo em faixas de anos prévios à realização do último exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Tempo em faixas (anos) do último exame de colpocitologia oncótica						
	Intervenção (n=83)		Controle (n=85)		Total (n=168)	
	n	%	n	%	n	%
≤3 anos	51	61,45	56	65,88	107	63,69
3-5anos	20	24,10	11	12,94	31	18,46
5≥ anos	12	14,45	18	21,18	30	17,85

Teste quiquadrado: p=0,1337

Fonte: Da autora, 2016

Alguns estudos apontam que a maioria das mulheres realiza o exame de colpocitologia oncótica anualmente (FALCÃO et al., 2014; NAVARRO et al., 2015; RAFAEL; MOURA, 2012; SILVA; SILVA, 2012), porém a prevenção a intervalos anuais aponta para um grande número de exames desnecessários que sobrecarrega os serviços de saúde e onera o sistema (FALCÃO et al., 2014) entretanto, na prática dos serviços de saúde percebe-se que os próprios profissionais de saúde por receio de que a mulher não retorne no prazo de três anos, opta pela orientação anual.

Em pesquisa realizada no Município de Senhor do Bonfim/BA, os pesquisadores verificaram que a maioria das mulheres (85,7%) realizava o exame em periodicidade inferior a três anos entre eles (SANTIAGO; ANDRADE; PAIXÃO, 2014). Em outro estudo realizado em Duque de Caxias e Nova Iguaçu/RJ, apontou que 77,3% das mulheres realizaram o exame em intervalo inferior há três anos (GIRANELLI; THULER; SILVA, 2014), pesquisas que corroboram com este

estudo.

É importante o entendimento dos motivos pelos quais as mulheres não realizam o exame de colpocitologia oncótica na periodicidade adequada, tendo em vista que representou 36,31% das mulheres desta pesquisa. Como este questionamento não foi realizado neste momento da pesquisa, observa-se na literatura científica que o sentimento de vergonha e a não percepção de risco pelas mulheres são motivos referidos para a não realização do exame de colpocitologia oncótica (GIRIANELLI; THULER; SILVA, 2014; NASCIMENTO; ARAUJO, 2014; SANTOS; VARELA, 2015; SILVA ET AL., 2015).

Salienta-se que intervenções educativas são necessárias para desmistificar a não percepção de risco fornecendo subsídios para que a mulher reflita sobre o seu sentimento frente à realização do exame e decida conscientemente sobre a sua periodicidade.

No questionamento quanto ao retorno para recebimento do resultado do exame de colpocitologia oncótica anterior e consulta com profissional de saúde, verificou-se que a maioria das mulheres (93,97% no grupo intervenção e 90,58% no grupo controle) retornou e, o padrão estatístico entre os grupos ($p=0,5941$) é semelhante (Tabela 17).

Tabela 17- Distribuição de frequências de retorno para receber resultado de colpocitologia oncótica anterior entre as mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Retorno para receber resultado da colpocitologia oncótica anterior						
Grupos	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Intervenção	78	93,97	5	6,03	83	100
Controle	77	90,58	8	9,42	85	100

Teste qui-quadrado: $p=0,5941$

Fonte: Da autora, 2016

Em estudo realizado em Fortaleza/CE, em um Centro de Saúde da Família com 775 mulheres, as pesquisadoras constataram uma porcentagem de 17% de não

retorno para recebimento do resultado da colpocitologia oncótica (VASCONCELOS et al., 2014), porcentagem superior a encontrada neste estudo. Este fato pode ser devido a uma maior preocupação pelos cuidados à saúde por parte das mulheres ou maior esclarecimentos da necessidade de retorno por parte dos profissionais de saúde.

Observa-se na Tabela 18, os motivos alegados pelas mulheres do grupo intervenção e controle para o não retorno de recebimento do resultado de colpocitologia oncótica anterior.

Tabela 18- Distribuição de frequências dos motivos referidos para não retornar para recebimento do resultado de exame de colpocitologia oncótica anterior pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Motivos referidos para o não recebimento do resultado do exame anterior						
	Intervenção (n=5)		Controle (n=8)		Geral (n=13)	
	n	%	n	%	n	%
Mudança de cidade	3	60,00	1	12,50	4	30,76
Falta de tempo	1	20,00	2	25,00	3	23,07
Não sabia sobre o retorno	1	20,00	-	-	1	7,69
Esquecimento	-	-	5	62,50	5	38,46

Fonte: Da autora, 2016

O motivo referido com maior frequência foi o esquecimento sobre o retorno, isto pode ser entendido como motivo pessoal que demonstra falta de comprometimento com os cuidados à saúde aliado ou não a falta de orientações eficazes do serviço de saúde. Cabe salientar que o retorno ou não para o recebimento do resultado da colpocitologia oncótica nesse momento foi informação autorreferida pela mulher.

O fato da mulher não retornar para receber o resultado do exame, independentemente do motivo, é um problema para o programa de prevenção do CCU e devem ser realizadas medidas que reforcem a importância do retorno

(VASCONCELOS et al., 2014).

Compete ao serviço e profissionais de saúde realizar busca ativa dessas mulheres com intuito de fornecer seu resultado de exame principalmente para àquelas com resultado alterado.

Outra questão posta no presente estudo foi sobre o número de vezes que a mulher realizou o exame de colpocitologia oncótica na vida, obteve-se uma média de 5,35 exames na vida no grupo intervenção e 6,8 exames no grupo controle e, apesar da diferença entre as médias observa-se padrão semelhante entre os grupos ($p=0,115$), Tabela 19.

Tabela 19- Resumo descritivo e resultado de testes relacionados ao número de exames de colpocitologia oncótica feitos na vida pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

	Grupos		Valor-p*
	Intervenção (n=90)	Controle (n=90)	
Número de exames realizados			0,115
Mínima	0,00	0,00	
Média	5,35	6,80	
Mediana	4,00	5,00	
Máxima	20,00	30,00	
Desvio padrão	4,15	6,05	

* Teste de Wilcoxon - Mann Withey

Fonte: Da autora, 2016

As mulheres que realizam consultas periodicamente tendem a ter uma prática adequada de realização do exame de colpocitologia oncótica, mas apresentam uma baixa adequação de conhecimento sobre o exame sugerindo que as informações fornecidas não são adequadas (ALBUQUERQUE et al., 2014), o que requer uma reflexão no número de vezes que a mulher realizou o exame, visto que a sua prática sem a periodicidade adequada sobrecarrega o sistema de saúde e pode prejudicar o acesso daquelas mulheres que nunca realizaram o exame.

Por conseguinte, se faz necessário avaliar a periodicidade da realização do

exame de colpocitologia oncótica. A maior parte das mulheres do grupo intervenção realiza o exame de vez em quando (40,96%) e anualmente (39,76%), no grupo controle a maior parte o faz anualmente (50,59%) e de vez em quando (30,59%), entretanto observa-se padrão estatístico semelhante ($p=0,4757$) entre os grupos (Tabela 20).

Tabela 20- Distribuição de frequências relacionadas ao tempo de intervalo entre os exames de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Intervalo entre os exames de colpocitologia oncótica						
	Intervenção (n=83)		Controle (n=85)		Geral (n=168)	
	n	%	n	%	n	%
De vez em quando	34	40,96	26	30,59	60	35,71
Anualmente	33	39,76	43	50,59	76	45,23
Quando tem queixas ginecológicas	11	13,26	10	11,76	21	12,51
Outros	5	6,02	6	7,06	11	6,55

Teste qui-quadrado: $p=0,4757$

Fonte: Da autora, 2016

Na categoria outros, da Tabela 20, se inclui no grupo intervenção duas mulheres (2,40%) que referiram frequência a cada dois anos, uma (1,20%) a cada seis meses, uma (1,20%) quando há solicitação do profissional de saúde e uma (1,20%) faz na gestação. No grupo controle, três (3,52%) fazem quando o profissional de saúde solicita, duas (2,35%) a cada seis meses e uma (1,17%) a cada dois anos.

Destarte, fica nítida a necessidade de implementação de ações e atividades de educação em saúde que visem o esclarecimento das mulheres a respeito da periodicidade adequada do exame.

Um aspecto importante a ser analisado é o acesso, tendo em vista que este pode ser fator facilitador ou ser um empecilho para a realização do exame, assim,

a facilidade do acesso ao exame de colpocitologia oncótica foi questionado. A maioria das mulheres, em ambos os grupos, referiram ter fácil acesso ao exame e, percebe-se padrão estatístico superior ($p=0,0311$) no grupo controle em relação ao grupo intervenção (Tabela 21).

Tabela 21- Distribuição de frequências sobre facilidade de acesso ao exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Possui fácil acesso ao exame de colpocitologia oncótica						
Grupos	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Intervenção	72	80,00	18	20,00	90	100
Controle	83	92,23	7	7,77	90	100

Teste qui-quadrado: $p=0,0311$

Fonte: Da autora, 2016

Esse resultado pode ser devido ao fato de todas as mulheres do grupo intervenção terem realizado o exame no Centro de Saúde, que é a Unidade Básica de Saúde Central do município e que atende toda a população sem território adscrito. Assim, a demanda nessa Unidade de Saúde é maior e é entendida pela população como referência.

A dificuldade de acesso ao exame de colpocitologia oncótica é apontada pela literatura científica como uma das razões da baixa cobertura do rastreamento do CCU no Brasil (INCA, 2016; SILVA et al., 2015), neste estudo o acesso não se apresenta como empecilho para a prática de realização do exame.

Quanto às dificuldades referidas no acesso ao exame de colpocitologia oncótica, verifica-se padrão estatístico semelhante ($p=0,28$) entre os grupos (Tabela 22).

Tabela 22- Distribuição de frequências das dificuldades para o acesso ao exame de colpocitologia oncótica relatadas pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

Dificuldades de acesso ao exame de colpocitologia oncótica						
	Intervenção (n=18)		Controle (n=7)		Geral (n=25)	
	n	%	n	%	n	%
Relacionados ao serviço de saúde	18	100,00	6	71,44	24	64,00
Relacionados à liberação emprego	-	-	1	14,28	1	4,00

Teste Exato de Fischer: $p=0,28$

Fonte: Da autora, 2016

Dentre os problemas relacionados com o serviço de saúde, no grupo intervenção foram citados demora no agendamento ($n=11$; 61,11%), serviço de saúde não estava realizando o exame ($n=6$; 33,33%) e demora no recebimento do resultado ($n=1$; 5,56%). No grupo controle, foram referidos demora no agendamento ($n=5$; 71,44%) e, dificuldade para encontrar a Unidade de Saúde referência para o bairro ($n=1$; 14,28%). O único aspecto pessoal referido foi a dificuldade de liberação no emprego ($n=1$; 14,28%), que por sua vez, poderia ser minimizado pelo serviço de saúde, por meio de flexibilidade de horários de atendimento.

Por conseguinte, neste estudo, a dificuldade do acesso ao rastreamento do CCU é devido sobretudo aos problemas relacionados ao serviço de saúde, o que corrobora com outros estudos que apontam baixa flexibilidade no agendamento de consultas, burocratização do serviço (SILVA et al., 2015), dificuldades de marcação de consultas (AGUILAR; SOARES, 2015) e falta de acolhimento às necessidades das mulheres (INCA, 2016).

Nesse contexto, fica nítida a importância e necessidade de reestruturação da organização do programa de prevenção do CCU com intuito de diminuir as dificuldades encontradas em relação ao acesso ao exame de rastreamento do CCU.

Concernente aos sentimentos relatados pelas mulheres em relação ao exame de colpocitologia oncótica, observa-se padrão estatisticamente semelhante entre os grupos ($p=0,0609$), entretanto, constata-se padrão estatístico superior no grupo intervenção ($p=0,0026$) em relação ao medo do resultado do exame (Tabela 23).

Tabela 23- Distribuição de frequências dos sentimentos relatados em relação à realização do exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, nos grupos.

Sentimentos relatados em relação ao exame de colpocitologia oncótica					
	Intervenção (n=90)		Controle (n=90)		Valor-p*
	n	%	n	%	
Prefere prof. sexo feminino	63	70,00	69	76,66	0,3993
Vergonha	60	66,66	51	56,66	0,2200
Desconforto	50	55,55	47	52,22	0,7649
Medo do resultado	40	44,44	20	22,22	0,0026
Medo do exame	19	21,11	25	27,77	0,3858
Dor	18	20,00	28	31,11	0,1240

Teste qui-quadrado: $p=0,0609$

Fonte: Da autora, 2016

Como dito anteriormente, os sentimentos de vergonha e medo do exame ou de seu resultado estão presentes nos relatos femininos e inclusive podem ser motivo de não realização do exame de colpocitologia oncótica (ALBUQUERQUE et al., 2014; DUARTE et al., 2015; NASCIMENTO; ARAUJO, 2014;).

A preferência por realizar o exame com profissional de saúde do sexo feminino está presente entre a maioria das mulheres em ambos os grupos.

A enfermagem possui um papel de destaque na equipe de saúde e, o enfermeiro ao assumir a responsabilidade da coleta de exame para o rastreamento do CCU tem promovido maior cobertura da população. Por sua vez, a enfermagem é uma profissão, predominantemente feminina, no Brasil e, sabendo que o fato do profissional que realiza o exame ser homem ou mulher interfere na adesão ao

rastreamento, há a necessidade de se refletir sobre a questão de gênero na prevenção do CCU (CESTARI; ZAGO, 2012) de forma que a mulher possa ter o direito à escolha pelo profissional.

Não foram referidos problemas em relação ao companheiro/parceiro na realização do exame em nenhum dos grupos. Assim, este não interfere negativamente na ação de prevenção e, provavelmente, pode ser fator positivo, tendo em vista que, a maioria das mulheres que realizaram o exame de colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do município eram casadas ou tinham companheiros.

A procura pelo serviço de saúde para realizar o exame foi demanda espontânea justificada, principalmente, pela rotina de prevenção em ambos os grupos, sendo assim um aspecto relevante do estudo que demonstra a participação da mulher na prevenção do CCU de forma adequada (Tabela 24).

Tabela 24- Distribuição de frequências dos motivos que levaram à procura pelo exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, total e segundo os grupos.

Motivos para realizar o exame de colpocitologia oncótica							
	Intervenção		Controle		Geral		Valor-p*
	(n=90)		(n=90)		(n=231)		
	n	%	n	%	n	%	
Rotina de prevenção	55	50,92	77	62,60	132	57,14	0,0004
Queixa ginecológica	46	42,59	28	22,76	74	32,03	0,0100
Solicitação profissional	7	6,48	18	14,63	25	10,82	0,0311

Teste qui-quadrado: p=0,0025
Fonte: Da autora, 2016

Outros estudos apontam também que a participação das mulheres ao programa de prevenção do CCU ocorre em sua maioria por rotina preventiva (ALBUQUERQUE et al., 2014; CORRÊA; VILLELA; ALMEIDA, 2012; LIMA; NASCIMENTO; ALCHIERI, 2014; NAVARRO et al., 2014; RAFAEL; MOURA, 2012).

Verifica-se padrão estatístico significativamente diferente entre os grupos ($p=0,0025$), onde a queixa ginecológica é superior no grupo intervenção e, a rotina de prevenção e a solicitação de profissional de saúde é superior no grupo controle (Tabela 24).

A solicitação do exame por profissional de saúde no grupo intervenção ocorreu por profissional médico, já no grupo controle a solicitação foi realizada pela enfermeira. O fato se justifica por ser área adscrita de ESF, que facilita o controle, acompanhamento e busca ativa das mulheres na faixa etária prioritária para a prevenção do CCU.

Constata-se padrão estatístico semelhante entre os grupos ao que se refere às queixas ginecológicas relatadas pelas mulheres (Tabela 25).

Tabela 25- Distribuição de frequências das queixas ginecológicas referidas pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, total e segundo os grupos.

	Queixas ginecológicas referidas						
	Intervenção		Controle		Geral		Valor-p
	(n=46)		(n=28)		(n=74)		
n	%	n	%	n	%		
Dor pélvica	28	60,87	19	67,86	47	63,51	0,7213*
Corrimento vaginal	20	43,48	7	25,00	27	36,49	0,1762*
Prurido	13	28,26	3	10,71	16	21,62	0,1369*
Desregulação menstrual	3	6,52	1	3,57	4	5,41	1**
Sangramentos	2	4,35	-	-	2	2,70	0,5231**
Lesão/verruca vulvar	1	2,17	1	3,57	1	1,35	1**
Ressecamento vaginal	-	-	1	3,57	1	1,35	0,3783**

*Teste qui-quadrado

**Teste Exato de Fisher

Fonte: Da autora, 2016

A dor pélvica na mulher, o corrimento vaginal, o prurido e as lesões/verrugas vulvares, maior parte das queixas relatadas neste estudo, são considerados sinais e

sintomas de DST e devem ser investigadas, tratadas e acompanhadas (BRASIL, 2005).

A contaminação da mulher por uma DST demonstra as dificuldades nas negociações entre o casal sobre a utilização do preservativo nas relações sexuais e, tendo em vista, a exposição feminina a agravos não curáveis, a enfermagem pode propor ações com intuito de conscientizar a população sobre o assunto, promovendo momentos de reflexão buscando o empoderamento feminino.

A desregulação da menstruação e os sangramentos devem ser investigados e avaliados, pois podem ter significados importantes na saúde da mulher. O ressecamento vaginal muito provavelmente está relacionado à idade da mulher e a diminuição de seus hormônios, fato que pode ser amenizado após tratamento médico.

Algumas das queixas relatadas pelas mulheres podem ser verificadas por meio do exame ginecológico, assim, as alterações ginecológicas identificadas visualmente ao longo da coleta do exame de colpocitologia oncótica estão listadas na Tabela 26. Verifica-se padrão estatisticamente semelhante ($p=0,0676$) entre os grupos, entretanto observa-se padrão estatístico superior no grupo intervenção em relação a presença de leucorreia ($p=0,002$) e ao odor fétido ($p<0,00001$).

Na categoria outros, Tabela 26, estão incluídos no grupo intervenção cinco mulheres (5,55%) com colpíte atrófica, quatro (4,44%) com cisto de Naboth, uma (1,11%) com sangramento devido traumatismo na coleta e uma (1,11%) com verruga vulvar. No grupo controle, uma mulher (1,11%) com colpíte atrófica, uma (1,11%) com cisto de Naboth, uma (1,11%) com edema vulvar, duas (2,22%) com pólipos cervical e duas (2,22%) com presença de sangramento.

Tabela 26- Distribuição de frequências e teste estatístico das alterações ginecológicas visualizadas nas mulheres que realizaram o exame de colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

Alterações visuais ao exame de colpocitologia oncótica					
	Intervenção (n=90)		Controle (n=90)		Valor-p
	n	%	n	%	
Leucorreia	46	51,11	21	23,33	0,002
Odor fétido	26	28,88	4	4,44	<0,00001
Outros	10	11,11	7	7,77	0,6102
Ectopia no colo uterino	8	8,88	5	5,55	0,5646

Teste qui-quadrado: $p=0,0676$

Fonte: Da autora, 2016

A presença de leucorreia aliada a odor fétido é característico de vulvovaginite infecciosa e deve ser tratada com medicamentos (BRASIL, 2005). Como o serviço de saúde onde se desenvolveu o estudo não possui instituído protocolo de abordagem sindrômica, utiliza-se o fluxograma onde a mulher é orientada a aguardar o resultado do exame.

A colpíte atrófica é um achado comum no período do climatério e só demanda tratamento se houver queixas ginecológicas, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra coletada (BRASIL, 2016).

O Cisto de Naboth é decorrente da obstrução dos ductos secretores das glândulas endocervicais subjacentes, não possui significado patológico e nem demanda intervenção (BRASIL, 2016).

O pólipó cervical é uma projeção da mucosa do colo uterino podendo causar sangramentos discretos, na maioria dos casos é benigno, mas pode ser retirado pelo médico (BRASIL, 2016).

A verruga vulvar é uma lesão condilomatosa causada pela infecção por HPV de subtipos de baixo risco oncogênico, seu tratamento é a remoção das lesões o que cura a maioria das mulheres (BRASIL, 2005). Nesse caso específico, a mulher foi avaliada pelo médico e encaminhada para procedimento no serviço de referência.

A ectopia é a eversão da Junção Escamo Colunar (JEC) para fora do orifício cervical externo, sendo considerada uma situação fisiológica que não demanda intervenções (BRASIL, 2016).

Dessa feita, nota-se a importância da avaliação correta dos achados visuais durante a realização da consulta de enfermagem em ginecologia, pois permite a identificação de sinais de risco e agilidade no agendamento e direcionamento da mulher em seus cuidados de saúde.

5.2 CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE O EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA

Relacionado ao conhecimento geral (porcentagem de acertos) sobre o exame de colpocitologia oncótica, observa-se que no momento inicial (pré-intervenção) o conhecimento possui padrão estatístico semelhante entre os grupos ($p=0,6712$), com média de $72,85 \pm 17,92\%$ no grupo intervenção e $71,74 \pm 17,12\%$ no grupo controle. Porém, quanto ao conhecimento final (pós-intervenção) observa-se diferença estatística significativamente superior no grupo intervenção ($p<0,00001$), em comparação com o grupo controle (Tabela 27).

Tabela 27- Resumo descritivo e resultado de testes quanto ao percentual de acerto sobre conhecimento geral do exame de colpocitologia oncótica nos momentos inicial e final do estudo e nos grupos intervenção e controle das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP.

Medidas descritivas	Grupos		Valor-p *
	Intervenção (n=90)	Controle (n=90)	
Conhecimento geral pré-intervenção			0,6712
Mínima	28,57	28,57	
Média	72,85	71,74	
Mediana	71,42	71,42	
Máxima	100,00	100,00	
Desvio padrão	17,92	17,12	
Conhecimento geral pós-intervenção			<0,00001
Mínima	71,42	28,57	
Média	95,23	70,79	
Mediana	100,00	71,42	
Máxima	100,00	100,00	
Desvio padrão	8,29	17,90	
Valor p**	<0,00001	0,1344	

*Teste T Student amostras independentes

**Teste T Student pareado

Fonte: Da autora, 2016

Quando se compara o conhecimento entre os momentos dentro dos grupos, observa-se diferença estatística significativamente superior no grupo intervenção ($p < 0,00001$) no momento pós-intervenção em relação ao pré-intervenção, entretanto, no grupo controle não houve diferença estatística significativa ($p = 0,1344$) entre os momentos iniciais e finais (Tabela 27).

Assim, nossos dados apontam que as atividades educativas baseadas na metodologia freireana propiciaram aumento substancial no conhecimento das mulheres do grupo intervenção em relação ao exame de colpocitologia oncótica.

No Brasil, a literatura científica aponta vários estudos sobre o conhecimento

das mulheres a respeito da prevenção do CCU, da doença e do exame de rastreamento. Alguns estudos verificaram que a maioria das mulheres tinha conhecimento superficial (NASCIMENTO; ARAUJO, 2014; RESSEL et al., 2013), outros constataram que a maioria tinha conhecimento inadequado (ANDRADE et al., 2014; LEITE et al., 2014; SILVEIRA et al., 2016) outras pesquisas citam que a maioria das mulheres possuem desconhecimento (NAVARRO et al., 2015; SANTIAGO; ANDRADE; PAIXÃO, 2014; SANTOS; VARELA, 2015) e, outra pesquisa indicou que a maioria tinha conhecimento insuficiente (AGUILAR; SOARES, 2015).

Em contrapartida, em estudo realizado em Floriano/PI os pesquisadores verificaram conhecimento inadequado, mas atitudes e práticas de realização do exame adequadas (ALBUQUERQUE et al., 2014). Da mesma forma, outra pesquisa realizada com acadêmicas de enfermagem de todos os períodos da graduação em Picos/PI foi apontada que apenas 28% destas possuíam conhecimento adequado sobre o exame de papanicolaou, entretanto 74,1% possuíam atitude adequada e 52,4% possuía prática de realização adequada (RIBEIRO et al., 2013).

Assim, percebe-se que algumas mulheres mesmo sem ter conhecimento adequado a respeito da prevenção do CCU poderiam possuir uma atitude e prática adequada, entretanto essa prática seria muito mais um dever a ser cumprido com uma determinada periodicidade do que uma conscientização sobre o tema.

Nesse contexto, salienta-se que este estudo buscou não apenas realizar orientações às mulheres, mas por meio das atividades educativas encontrou-se um diálogo dentro do contexto social individual da mulher para propor a reflexão e o empoderamento para uma possível mudança de comportamento frente à prevenção do CCU.

Avaliando e comparando o conhecimento sobre a colpocitologia oncótica por questões específicas entre os grupos observa-se, exceto na questão cinco, padrão estatístico significativamente superior no grupo intervenção no período pós-intervenção quando comparado ao grupo controle (Tabela 28).

Da mesma forma, ao se comparar os períodos pré e pós-intervenção, dentro dos grupos, observa-se no grupo intervenção padrão estatisticamente superior no período pós-intervenção em todas as questões exceto na questão cinco (Tabela 28).

Tabela 28- Resumo descritivo e resultado de testes quanto ao percentual de acerto sobre conhecimento do exame de colpocitologia oncótica por questões nos momentos pré e pós-intervenção e nos grupos intervenção e controle das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP.

Questões		Grupos				Valor-p*
		Intervenção (n=90)		Controle (n=90)		
		n	%	n	%	
Q1- Finalidade	Pré-intervenção	46	51,11	69	76,67	0,0003
	Pós-intervenção	88	97,78	69	76,67	<0,00001
	Valor-p**	<0,00001		-		
Q2- Como é realizado	Pré-intervenção	83	92,22	88	97,78	0,0872
	Pós-intervenção	89	98,89	78	86,67	0,0015
	Valor-p**	0,0338		0,0015		
Q3- População alvo	Pré-intervenção	46	51,11	28	31,11	0,0063
	Pós-intervenção	78	86,67	29	32,22	<0,00001
	Valor-p**	<0,00001		0,5637		
Q4- Periodicidade	Pré-intervenção	49	54,44	37	41,11	0,0733
	Pós-intervenção	81	90,00	41	45,56	<0,00001
	Valor-p**	<0,00001		0,0455		
Q5- Local de realização	Pré-intervenção	87	96,67	90	100	0,0806
	Pós-intervenção	90	100	89	98,89	0,3159
	Valor-p**	0,0832		0,1759		
Q6- Conduta pós- exame	Pré-intervenção	83	92,22	73	81,11	0,0283
	Pós-intervenção	90	100	73	81,11	<0,00001
	Valor-p**	0,0081		-		
Q7- Condutas pré-exame	Pré-intervenção	65	72,22	67	74,44	0,7360
	Pós-intervenção	84	93,33	67	74,44	0,0005
	Valor-p**	<0,00001		-		

*Teste de proporção

**Mcnemar

Fonte: Da autora, 2016

A questão número um (Q1) se refere à finalidade do exame de colpocitologia oncológica, que é a detecção precoce de lesões intraepiteliais do colo uterino que poderão evoluir para o CCU (BRASIL, 2013). A percepção de que o exame protege a mulher contra o câncer é errônea, porém ainda aparece em alguns relatos.

No grupo intervenção, verifica-se padrão estatístico significativamente superior ($p < 0,00001$) no momento pós-intervenção em relação a pré-intervenção. No grupo controle, não há resultado de teste, pois os valores são iguais. Quanto à comparação entre os grupos, observa-se padrão estatisticamente significativo ($p < 0,00001$) no momento pós-intervenção no grupo intervenção em relação ao grupo controle (Tabela 28).

A questão número dois (Q2) diz respeito a forma como o exame é realizado e a maioria das respostas estavam corretas, referindo-se a coleta de material citológico do colo uterino, da ectocérvice e da endocérvice (BRASIL, 2013).

No grupo intervenção, verifica-se padrão estatístico superior ($p = 0,0338$) no momento pós-intervenção em relação à pré-intervenção. No grupo controle, observa-se padrão estatístico significativo ($p = 0,0015$), mas devido ao decréscimo das respostas corretas no momento pós-intervenção em relação ao pré-intervenção. Em relação à comparação entre os grupos constata-se padrão estatístico significativamente superior ($p = 0,0015$) no momento pós-intervenção do grupo intervenção em relação ao controle (Tabela 28).

Concernente a questão número três (Q3) relativa à população alvo do rastreamento, foi a que alcançou as menores porcentagens de acerto e diz respeito a toda mulher que iniciou a atividade sexual e compreende a faixa etária de 25 a 64 anos de idade (BRASIL, 2013).

Percebe-se no grupo intervenção padrão estatisticamente superior ($p < 0,00001$) no momento pós-intervenção em relação ao pré-intervenção. No grupo controle não houve diferença estatística ($p = 0,5637$) entre os momentos. A comparação entre os grupos apresentou diferenças estatísticas significativas no momento pré-intervenção ($p = 0,0063$) e no pós-intervenção ($p < 0,00001$), Tabela 28. Assim, percebe-se que o grupo intervenção possuía maior conhecimento nessa questão.

A questão de número quatro (Q4) refere-se à periodicidade de realização do exame de colpocitologia oncótica. Em ambos os grupos verifica-se diferença estatística superior no momento pós-intervenção em comparação com a pré-intervenção. Como este estudo não aconteceu por meio de ensaio clínico controlado, as mulheres participantes sofreram influências externas e as informações da mídia, parentes, vizinhos, profissionais e serviços de saúde poderiam ser recebidas, o que provavelmente influenciou o aumento de respostas corretas no grupo controle ($p=0,0455$). Entre os grupos observa-se padrão estatístico significativamente superior ($p<0,00001$) no pós-intervenção do grupo intervenção em relação ao controle (Tabela 28).

Acresce-se que a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde é o espaçamento trienal após dois resultados anuais consecutivos com resultados normais (BRASIL, 2013), porém no serviço de saúde onde este estudo foi desenvolvido, a orientação é a realização anual do exame de colpocitologia oncótica, assim, consideraram-se corretas as duas respostas.

A questão número cinco (Q5), a respeito do local de realização do exame, foi a pergunta com maior quantidade de acertos e não verifica-se padrão estatístico significativo nos testes (Tabela 28). Isto se deve ao fato da ampla divulgação de oferecimento do exame nos serviços de saúde.

Na questão de número seis (Q6) pergunta-se qual a conduta após a realização do exame de colpocitologia oncótica e refere-se ao retorno para recebimento do resultado do exame. O fato da mulher não retornar para receber o resultado é um problema para o controle do CCU porque ocorre desperdício de tempo e recursos (VASCONCELOS et al., 2014).

Entretanto, salienta-se que no local de desenvolvimento deste estudo é realizada busca ativa para todas as mulheres que apresentam resultado alterado, a mulher é referenciada e acompanhada até o desfecho final, portanto, nesse caso, não consideramos desperdício, pois o serviço de saúde cumpre o compromisso de responsabilização pela população atendida.

No grupo intervenção, constata-se padrão estatístico significativo superior ($p=0,0081$) no momento pós-intervenção em relação ao pré-intervenção. No grupo controle não há resultado de teste, pois os valores são iguais. Entre os grupos

percebe-se padrão estatístico significativo superior no grupo intervenção em relação ao controle tanto no momento pré-intervenção ($p=0,0283$) quanto no momento pós-intervenção ($p<0,00001$), Tabela 28.

A última questão, de número sete (Q7), refere-se às condutas anteriores à realização do exame que diz respeito a não estar menstruada, não ter relações sexuais, não utilizar pomadas e não realizar exame transvaginal 48 horas antes do exame (BRASIL, 2013).

Para essa questão também nota-se no grupo intervenção padrão estatístico significativamente superior ($p<0,00001$) no momento pós-intervenção em relação à pré-intervenção, no grupo controle não há resultado de teste, pois os valores são iguais. Entre os grupos no momento pré-intervenção o padrão estatístico é semelhante ($p=0,7360$) e no momento pós-intervenção o padrão estatístico é significativamente superior ($p=0,0005$) para o grupo intervenção (Tabela 28).

Nesse sentido, ratifica-se a necessidade de intervenções no programa de prevenção do CCU com o intuito de proporcionar conhecimentos sobre a finalidade do exame de colpocitologia oncótica, da população alvo para a prevenção, da periodicidade, dos cuidados anteriores ao exame e da importância do retorno.

A intervenção educativa baseada na construção de reflexões e saberes apresentou-se eficaz propiciando às mulheres o empoderamento do conhecimento adequado.

5.3 RESULTADOS E RETORNO PARA RECEBIMENTO DO RESULTADO

Em relação aos resultados laboratoriais do exame de colpocitologia oncótica, a maioria, de ambos os grupos, tiveram resultado de “alterações celulares benignas reativas ou reparativas”, verificando-se padrão estatístico semelhante ($p=0,1903$) entre os grupos, Tabela 29.

Tabela 29- Distribuição de frequências dos resultados laboratoriais dos exames de colpocitologia oncótica das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Resultados dos exames de colpocitologia oncótica						
	Intervenção		Controle		Geral	
	(n=90)		(n=90)		(n=180)	
	n	%	n	%	n	%
Dentro dos limites da normalidade	11	12,22	5	5,56	16	8,89
Alterações celulares benignas	79	87,78	85	94,44	164	91,11

Teste qui-quadrado: $p=0,1903$

Fonte: Da autora, 2016

Em estudo documental realizado em um município do interior do Paraná com 2.401 resultados de colpocitologia oncótica, os pesquisadores observaram 74,59% de resultados com alterações celulares benignas (SANTOS; ALMEIDA, 2014), porcentagem inferior a este estudo.

A prevalência de lesão intraepitelial de alto grau (HSLI) subjacente as alterações celulares benignas reativas ou reparativas é baixa, cerca de 2% (INCA, 2016), contudo sugere algum tipo de inflamação sendo necessária a avaliação individual de cada caso.

Dentre as possíveis alterações celulares benignas reativas ou reparativas, a maioria é inflamação, podendo-se observar padrão estatístico semelhante ($p=1$) entre os grupos do presente estudo (Tabela 30).

Tabela 30- Distribuição de frequências das alterações celulares benignas reativas ou reparativas dos resultados laboratoriais dos exames de colpocitologia oncótica, entre as mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Resultados dos exames de colpocitologia oncótica						
	Intervenção (n=79)		Controle (85)		Geral	
	n	%	n	%	n	%
Inflamação	66	83,54	72	84,33	136	83,95
Atrofia com inflamação	13	16,45	13	15,66	26	16,04

Teste qui-quadrado: p=1
 Fonte: Da autora, 2016

Esses dados corroboram com pesquisa realizada no Paraná, onde se observou dentre as alterações celulares benignas maioria referente ao diagnóstico de inflamação, seguida de inflamação com atrofia (SANTOS; ALMEIDA, 2014).

O diagnóstico de atrofia com inflamação é um achado fisiológico após a menopausa, pós-parto e durante a lactação. Se houver necessidade de melhorar a qualidade do esfregaço a estrogenização pode ser realizada (INCA, 2016), o que não foi necessário neste estudo.

Os resultados laboratoriais segundo a microbiologia estão descritas na Tabela 31. Nas categorias onde se realizou testes estatísticos observa-se padrão semelhante entre os grupos.

Tabela 31- Distribuição de frequências da microbiologia apresentada nos resultados laboratoriais dos exames das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Resultados dos exames segundo a microbiologia					
	Intervenção (n=90)		Controle (n=90)		Valor-p
	n	%	n	%	
<i>Lactobacillus sp</i>	40	44,44	40	44,44	1*
Cocos	23	25,56	18	20,00	0,4771*
<i>Gardnerella/mobiluncus</i>	14	15,56	14	15,56	1*
Bacilos	8	8,89	15	16,67	0,1803*
<i>Trichomonas vaginalis</i>	3	3,33	1	1,11	**
<i>Cândida albicans</i>	2	2,22	3	3,33	**

*Teste qui-quadrado

**Não foi possível realizar testes estatísticos, pois mais de 20% das frequências esperadas eram menores que 5.

Fonte: Da autora, 2016

Os achados microbiológicos de *Lactobacillus sp*, Cocos e Bacilos são considerados normais, pois fazem parte da microbiota fisiológica prevalente na região genital feminina.

A ocorrência de vulvovaginite acontece quando a microbiota vaginal apresenta agentes patogênicos e que com a presença de queixas ginecológicas deverão ser tratadas (BRASIL, 2016).

Os micro-organismos mais incidentes neste estudo foram *Gardnerella/mobiluncus*, *Trichomonas vaginalis* e *Cândida albicans*, corroborando com outros estudos científicos (BATISTA et al., 2012; BRINGEL; RODRIGUES; VIDAL, 2012; CAMARGO et al., 2015; DELL'AGNOLO et al., 2014; LAGANÁ et al., 2013; SANTOS; ALMEIDA, 2014; SOARES; SILVA, 2010b)

A *Gardnerella vaginalis* é uma bactéria que tem preferência por meio básico e provoca corrimento espumoso e acinzentado com odor fétido (GERK, 2009), o seu tratamento é recomendado na presença de queixas ginecológicas (BRASIL, 2016).

Candida albicans é um fungo com preferência por meio ácido, cerca de 50% das mulheres convivem com esse fungo de forma assintomática podendo passar a sintomática devido a diminuição da imunidade. Provoca corrimento leitoso, com prurido e disúria (GERK, 2009), o seu tratamento também deve ser realizado na presença de queixas ginecológicas (BRASIL, 2016).

O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário que prefere o meio básico, considerado DST que pode levar a infertilidade. Provoca corrimento amarelo-esverdeado, espumoso, com odor fétido e prurido (GERK, 2009), deve ser tratado mesmo na ausência de sinais e sintomas, incluindo o parceiro (BRASIL, 2016)

Salienta-se que, a presença de processo infeccioso provocado por micro-organismos patogênicos pode mascarar o diagnóstico de atipias cervicais (SILVA et al., 2013), o que indicaria a necessidade de tratamento destas e repetição do exame de colpocitologia oncótica.

Concernente à conclusão dos laudos dos exames de colpocitologia oncótica pequenas porcentagens (1,65%) referiram-se às alterações (Tabela 32).

Tabela 32- Distribuição de frequências da conclusão nos resultados laboratoriais dos exames das mulheres que realizaram colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Conclusão dos exames de colpocitologia oncótica						
	Intervenção		Controle		Geral	
	(n=90)		(n=90)		(n=180)	
	n	%	n	%	n	%
Negativo para neoplasia	89	98,89	88	97,78	177	98,35
Lesão intraepitelial de baixo grau	1	1,11	-	-	1	0,55
ASCUS*	-	-	1	1,11	1	0,55
ASCH**	-	-	1	1,11	1	0,55

*Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas

**Células escamosas atípicas de significado indeterminado - não se pode afastar lesão de alto grau
Não utilizado teste estatístico, pois mais de 20% das frequências esperadas eram menores que 5.

Fonte: Da autora, 2016

Estudo realizado por pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas, em Campinas/SP, no período de 2000 a 2009 com 888.691 resultados de colpocitologia oncótica, verificou frequência de 1,2% de resultados de ASCUS (DUFLOTH et al., 2015).

Em estudo realizado na Universidade Federal de Goiás acerca dos resultados de 15.615 exames de colpocitologia oncótica das mulheres que o realizaram na Atenção Básica de Saúde, os pesquisadores detectaram uma porcentagem 90,4% de resultados negativos para lesões intraepiteliais, 2,7% de ASCUS, 2,2% de lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL), 1,4% de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), 1,0% de ASCH e 0,2% de células glandulares atípicas (AGC) (BATISTA et al., 2012).

Em estudo documental realizado em um município do interior do Paraná com 2.401 registros, observou-se 95,65% de resultados sem alterações, 2,15% de ASCUS, 1,23% de LSIL e 0,97% de HSIL (SANTOS; ALMEIDA, 2014).

Estudo realizado no setor público na cidade de Rio Branco/AC, os pesquisadores observaram, em 2008, uma porcentagem de 98,48% de resultados negativos, 1,03% de mulheres com resultado de ASCUS/AGC, 0,29% de LSIL, 0,18% de HSIL e 0,02% de câncer (PRADO et al., 2012).

O perfil das mulheres com resultados de colpocitologia oncótica alterado, excetuando câncer, é predominantemente da faixa etária de 25 a 45 anos, pardas, com baixa escolaridade, com maior número de parceiros sexuais, com sexarca precoce, múltiparas e tabagistas (PRADO et al., 2012), desse modo, enfatiza-se a necessidade do enfermeiro direcionar as ações de educação em saúde a essa população feminina com intuito de detectar precocemente as atipias celulares.

O exame de colpocitologia oncótica tem capacidade diagnóstica com sensibilidade de 89,8%, especificidade de 35,7%, valor preditivo positivo (VPP) de 92,2% e valor preditivo negativo (VPN) de 33,3% (LIMA et al., 2012), porém a detecção de atipias celulares nos esfregaços é fortemente influenciada por fatores organizacionais como a adequabilidade da lâmina e o porte do laboratório de análise (SILVA et al., 2013).

Todos os exames apresentados aqui neste estudo tiveram adequabilidade do material satisfatório, o que implica na presença de células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas permitindo uma visualização

adequada para uma conclusão diagnóstica (BRASIL, 2013), refletindo uma adequada capacitação das enfermeiras e, conseqüentemente, um fator de qualidade no programa de prevenção do CCU.

Em relação ao retorno para o recebimento do resultado do exame de colpocitologia oncológica, todas as mulheres do grupo intervenção (100%) retornaram, no grupo controle 83,33% das mulheres retornaram, observa-se padrão estatisticamente superior ($p < 0,00001$) no grupo intervenção comparado ao grupo controle (Tabela 33).

Tabela 33- Distribuição de frequências do retorno para recebimento do resultado do exame pelas mulheres que realizaram colpocitologia oncológica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Retorno	Grupos					
	Intervenção (n=90)		Controle (n=90)		Geral (n=180)	
	n	%	n	%	n	%
Sim	90	100	75	83,33	165	91,66
Não	-	-	15	16,67	15	8,34

Teste qui-quadrado: $p < 0,00001$

Fonte: Da autora, 2016

Em estudo transversal realizado no Centro de Saúde da Família no Município de Fortaleza/CE com 775 mulheres que realizaram o exame de colpocitologia oncológica, os pesquisadores apontaram que 17% destas não retornaram para receber o resultado do exame (VASCONCELOS et al., 2014). Em outro estudo documental realizado também em Fortaleza/CE, com 938 registros, os pesquisadores apontaram que 23,98% das mulheres não retornaram para receber o resultado do exame (VASCONCELOS et al., 2010).

Associa-se o fator idade a maior porcentagem de não retornos, sendo o grupo de adolescentes a faixa etária com menor retorno (SILVEIRA et al., 2016), assim, como neste estudo não se incluiu a faixa etária de adolescentes nota-se porcentagem de não retorno inferior aos estudos apresentados anteriormente.

Observa-se que o principal motivo alegado para não retornar para receber o resultado do exame de colpocitologia oncótica no grupo controle foi o esquecimento (Tabela 34).

Tabela 34- Distribuição de frequências dos motivos referidos para não retornar para recebimento do resultado do exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres do grupo controle que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP.

Motivos referidos	Grupo Controle (n=15)	
	n	%
Esquecimento	8	53,34
Não sabia onde buscar o resultado	4	26,66
Falta de tempo	2	13,33
Ficou aguardando o contato da Unidade de Saúde	1	6,67

Fonte: Da autora, 2016

Dessa maneira, pode-se inferir que as mulheres que não retornam para receber o resultado de colpocitologia oncótica apresentam comportamentos desfavoráveis e falta de cuidados à sua saúde.

5.4 CONDUTAS E ENCAMINHAMENTOS

Em relação às condutas e encaminhamentos realizados, 55,56% (n=50) das mulheres do grupo intervenção e 56,67% (n=51) do grupo controle foram encaminhadas para avaliação médica devido resultado de inflamação com presença de microbiota patogênica e queixas ginecológicas, condutas que corroboram com protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016; INCA, 2016).

No grupo intervenção, a mulher com resultado de LSIL repetiu o exame após seis meses e, o resultado foi “alterações celulares benignas reativas ou reparativas”, ou seja, houve regressão da lesão compatível com HPV.

A LSIL representa a manifestação citológica da infecção pelo HPV com grande potencial de regressão sendo que apenas 0,2% das mulheres com esse diagnóstico evoluem para carcinoma invasor. A conduta recomendada é a repetição do exame de colpocitologia oncótica em seis meses, e se o resultado mantiver a atipia celular a mulher deverá ser encaminhada para a colposcopia, se o resultado for normal repetir novamente o exame em seis meses (INCA, 2016), conduta que corrobora com a prática.

A mulher com verrugas vulvares do grupo intervenção foi encaminhada para avaliação médica e, realização de procedimento de exérese e biópsia em ambulatório hospitalar de referência sendo posteriormente mantida normalmente na rotina de prevenção.

O tratamento para as lesões condilomatosas é variado e depende de fatores como tamanho, número e local da lesão, custos, disponibilidade de recursos, dentre outros. A exérese cirúrgica das lesões é uma das opções possíveis. Apesar de não ser necessário o controle após o desaparecimento dos condilomas, a mulher precisa manter-se no rastreamento do CCU e seu companheiro necessita avaliação (BRASIL, 2005). Nesse caso específico, tratava-se de uma viúva que no momento não referiu a existência de parceiro sexual.

No grupo controle, a mulher com resultado de ASCUS tinha 36 anos de idade e foi encaminhada para a colposcopia. O resultado de colpocitologia oncótica de ASCUS tem prevalência de 1,4% no Brasil e representa 48,8% do total de todos os resultados alterados. A conduta frente a esse resultado para mulheres acima de 30 anos de idade é a repetição do exame em seis meses (INCA, 2016), o que não corroborou com este estudo.

A mulher do grupo controle com resultado de ASCH tinha 25 anos de idade, e foi encaminhada para a colposcopia. O resultado de ASCH tem prevalência no Brasil de 0,2% entre todos os resultados de colpocitologia oncótica e representa 8,8% do total de resultados alterados. A conduta preconizada nessa situação é a realização de colposcopia independentemente da idade da mulher (INCA, 2016c), corroborando com a conduta deste estudo.

Salienta-se que a instituição referência do programa de prevenção do CCU desse município é o Hospital de Câncer de Barretos. Todas as lâminas com os esfregaços de colpocitologia oncótica são encaminhadas para essa instituição e

após as análises automaticamente no resultado dos laudos dos exames indica-se a conduta seja a rotina normal ou a necessidade de exame complementar, sendo que o agendamento para esses exames complementares é automático dentro dessa instituição. Assim, a mulher ao receber o seu laudo já recebe também a conduta com o agendamento para exames quando necessário.

Observou-se em todos os momentos, para todas as mulheres usuárias do serviço de saúde, que a orientação da enfermeira estava presente em 100% das situações.

Destarte, é possível que os enfermeiros trabalhem constantemente a educação em saúde na prevenção do CCU buscando o diálogo entre os sujeitos como em outras experiências onde o profissional se destaca como diferencial no atendimento às mulheres (DANTAS et al., 2012; SOUZA et al., 2015).

5.5 ADESÃO AO EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA

Concernente à adesão das mulheres ao exame de colpocitologia oncótica, verifica-se padrão estatisticamente superior ($p < 0,00001$) no grupo intervenção em comparação ao grupo controle (Tabela 35). Com esse resultado, infere-se que as intervenções educativas realizadas com as mulheres do grupo intervenção proporcionaram um diferencial significativo na adesão destas à realização do exame para a prevenção do CCU.

Tabela 35- Distribuição de frequências do retorno anual das mulheres que realizaram a colpocitologia oncótica no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Retorno anual	Grupos					
	Intervenção (n=89)		Controle (n=88)		Geral (n=177)	
	n	%	n	%	n	%
Sim	82	92,13	32	36,36	114	64,41
Não	7	7,87	56	63,64	63	35,59

Teste qui-quadrado: $p < 0,00001$

Fonte: Da autora, 2016

Para o alcance desse objetivo foram excluídas as mulheres que apresentaram resultados alterados, pois a periodicidade de realização do exame acompanha o protocolo do Ministério da Saúde, assim, excluíram-se uma mulher do grupo intervenção e duas mulheres do grupo controle.

No Brasil, o rastreamento do CCU é oportunístico, ou seja, as mulheres realizam o exame de colpocitologia oncótica quando procuraram os serviços de saúde. A experiência de países que utilizam o recrutamento das mulheres da população alvo com periodicidade pré-estabelecida apresenta um rastreamento mais organizado e adequado (BRASIL, 2013), o que favorece a adesão das mulheres e o aumento da cobertura de realização da prevenção.

Assim, podemos pensar na possibilidade da Atenção Básica de Saúde, principalmente a Estratégia de Saúde da Família, elaborar ações que favoreçam o rastreamento do CCU tendo em vista que já trabalham com uma população adscrita e cadastrada.

Sabendo-se que as orientações, informações e educação em saúde oferecidas pelos profissionais de saúde podem influenciar positivamente na adesão das mulheres à realização do exame (CORRÊA; VILELA; ALMEIDA, 2012) surge a necessidade dos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros repensar as práticas educativas para que estas sejam direcionadas à reflexão e empoderamento feminino, repercutindo na prevenção do CCU.

A busca por intervenções eficazes para aumentar a adesão das mulheres à prevenção do CCU ocorre no mundo todo. Existem muitas experiências com resultados positivos no aumento da participação das mulheres e, essas intervenções são consideradas de baixo custo financeiro. Dentre estas temos carta-convite, gerente de caso, contato telefônico, atividades educativas, divulgação na mídia, agentes de saúde e parcerias (SOARES; SILVA, 2016), cabe aos serviços de saúde a avaliação e adequação da melhor intervenção para a realidade local.

Entender os motivos que levam as mulheres a não aderirem ao rastreamento do CCU é fundamental para o planejamento das ações a serem desenvolvidas. Assim, os motivos alegados para a não adesão ao exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres participantes deste estudo estão descritos na Tabela 36.

Tabela 36- Distribuição de frequências dos motivos referidos para não realizar o retorno anual do exame de colpocitologia oncótica pelas mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo total e grupos.

Motivos da não adesão anual						
	Intervenção (n=7)		Controle (n=56)		Geral (n=63)	
	n	%	n	%	n	%
Falta de tempo	7	100,00	10	17,85	17	26,98
Não sabia que precisava retornar	-	-	13	23,24	13	20,65
Não conseguiu agendar	-	-	12	21,42	12	19,04
Não tinha queixas ginecológicas	-	-	11	19,64	11	17,46
Vergonha	-	-	10	17,85	10	15,87

Teste qui-quadrado: não utilizado, pois mais de 20% das frequências esperadas eram menores que cinco.

Fonte: Da autora, 2016

Os motivos aqui identificados são corroborados em outras pesquisas que apontam a não percepção de risco e vergonha (GIRIANELLI; THULER; SILVA, 2014; NASCIMENTO; ARAUJO, 2014; SANTOS; VARELA, 2015; SILVA et al., 2015)

barreira social como falta de tempo (GIRIANELLI; THULER; SILVA, 2014; NASCIMENTO; ARAUJO, 2014), o descuido pessoal com a saúde e a ausência de queixas ginecológicas (SILVA; SILVA, 2012) e, barreiras relacionadas a organização dos serviços de saúde (GIRIANELLI; THULER; SILVA, 2014; NASCIMENTO; ARAUJO, 2014; SILVA et al., 2015).

Todos os fatores relacionados a não adesão ao rastreamento do CCU, podem ser supridos com intervenções do serviço de saúde. A falta de tempo e o fato de não conseguir agendar o exame pode ser solucionada com a ampliação esporádica e planejada do horário de atendimento das Unidades Básicas de Saúde, possibilitando à mulher, horários alternativos e, aos enfermeiros a expansão da agenda, aliado ao recrutamento organizado das mulheres.

Concernente aos motivos de não saber da periodicidade do exame e, a associação da realização do exame a queixas ginecológicas são indicações de conhecimento inadequado a respeito da prevenção. Nesse caso, a educação em saúde pode contribuir e proporcionar às mulheres as informações mais adequadas, não apenas transmitindo, mas contextualizando e dialogando em busca da conscientização.

O sentimento de vergonha alegado pelas mulheres como motivo de não aderir à prevenção é justificado pelo fato da exposição da nudez feminina. A experiência profissional tem mostrado que a criação do vínculo enfermeira-usuária ameniza esse sentimento que deixa de ter significado relevante na realização do exame de colpocitologia oncótica. Assim, as atitudes de respeito e solidariedade do profissional de saúde são fundamentais para a adesão das mulheres à prevenção do CCU.

5.6 ADESÃO E CORRELACIONAMENTOS

A correlação entre adesão ao exame de colpocitologia oncótica com o conhecimento geral das mulheres sobre o exame apresenta padrão médio significativamente superior em ambos os grupos entre àquelas que aderiram ao exame em relação às que não aderiram (Tabela 37). Destarte, o conhecimento adequado sobre o exame de colpocitologia oncótica está associado à adesão à prevenção do CCU, resultados que corroboram com a literatura científica

(AGUILAR; SOARES, 2015; ANDRADE et al., 2014; DUARTE et al., 2015; LIMA; NASCIMENTO; ALCHIERI, 2014; NASCIMENTO; ARAUJO, 2014; NAVARRO et al., 2015; SANTOS; VARELA, 2015).

Tabela 37- Resumo descritivo e resultado de testes correlacionando a adesão ao exame de colpocitologia oncótica ao conhecimento geral das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

	Grupo Intervenção			Grupo Controle		
	Adesão		Valor-p*	Adesão		Valor-p*
	Sim (n=82)	Não (n=7)		Sim (n=32)	Não (n=56)	
Conhecimento			0,0153			<0,00001
Mínima	71,42	71,42		71,42	28,57	
Média	96,04	85,71		88,65	59,94	
Mediana	100,00	85,71		85,71	57,14	
Máxima	100,00	100,00		100,00	85,71	
Desvio padrão	7,82	8,24		9,80	12,00	

*Teste T Student

Fonte: Da autora, 2016

Concernente ao conhecimento do exame de colpocitologia oncótica de forma específica por questões, no grupo controle, observa-se na questão três (Q3) sobre como é realizado o exame e, na questão quatro (Q4) sobre a população alvo do programa de prevenção do CCU, que o maior percentual de erro foi entre as mulheres que não aderiram ao exame, sendo estatisticamente significativo (<0,00001), Tabela 38.

Tabela 38- Distribuição de frequências e resultado de testes quanto ao percentual de acerto sobre conhecimento por questões do exame de colpocitologia oncótica nos grupos intervenção e controle das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP.

	Grupo Intervenção (n=89)					Grupo Controle (n=88)				
	Adesão				Valor-p	Adesão				Valor-p
	Sim		Não			Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Questão 1					0,1519*					0,1425**
Acerto	81	98,78	6	85,71		28	87,50	40	71,43	
Erro	1	1,22	1	14,29		4	12,50	16	28,57	
Questão 2					1**					0,0644**
Acerto	81	98,78	7	100		31	96,87	45	80,36	
Erro	1	1,22	0	-		1	3,13	11	19,64	
Questão 3					0,5213**					<0,00001**
Acerto	72	87,81	5	71,43		22	68,75	6	10,71	
Erro	10	12,19	2	28,57		10	31,25	50	89,29	
Questão 4					1**					<0,00001**
Acerto	74	90,24	6	85,71		26	81,25	13	23,21	
Erro	8	9,76	1	14,29		6	18,75	43	76,79	
Questão 5					1*					1*
Acerto	82	100	7	100		32	100	55	98,21	
Erro	0	-	0	-		0	-	1	1,79	
Questão 6					1*					0,1322**
Acerto	82	100	7	100		29	90,62	42	75,00	
Erro	0	-	0	-		3	9,38	14	25,00	
Questão 7					0,0014**					0,0005**
Acerto	79	96,34	4	57,14		31	96,88	34	60,71	
Erro	3	3,66	3	42,86		1	3,12	22	39,29	

*Teste Exato de Fisher

**Teste qui-quadrado

Fonte: Da autora, 2016

Constata-se no grupo intervenção padrão estatístico significativo ($p=0,0014$) de correlação entre o conhecimento sobre as condutas anteriores à realização do exame de colpocitologia oncótica (Q7) com a adesão ao exame, ou seja, a maior

porcentagem de acerto nessa questão ocorreu entre mulheres que aderiram ao exame. Diferentemente ao grupo controle, onde a maior porcentagem de mulheres que acertou a resposta não aderiu ao exame ($p=0,005$).

Esses resultados reforçam a necessidade da implementação das diretrizes do Ministério da Saúde que inclui dentro das linhas de cuidado a importância do fortalecimento e ampliação do acesso às informações sobre a prevenção do CCU e indica como atribuição de todos os membros da equipe de saúde o desenvolvimento de atividades educativas com a comunidade (BRASIL, 2013).

Ao que se refere à correlações da adesão às características sociodemográficas, observa-se padrão médio estatístico superior na variável idade, entre as que aderiram, tanto no grupo intervenção e como controle, sendo estatisticamente significativo ($p=0,0090$) no grupo intervenção, ou seja, quanto maior a idade maior a adesão (Tabela 39).

Tabela 39- Resumo descritivo e resultado de testes correlacionando a adesão ao exame de colpocitologia oncótica às características idade e anos de estudo das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

	Grupo Intervenção			Grupo Controle		
	Adesão		Valor-p	Adesão		Valor-p
	Sim (n=82)	Não (n=7)		Sim (n=32)	Não (n=56)	
Idade (anos)			0,0090*			0,555**
Mínima	25,00	27,00		25,00	25,00	
Média	44,19	35,57		45,28	43,39	
Mediana	45,00	35,00		46,00	40,00	
Máxima	64,00	45,00		64,00	64,00	
Desvio padrão	11,34	6,21		13,19	12,78	
Anos de Estudo			0,129**			0,5179**
Mínima	0,00	0,00		2,00	1,00	
Média	6,48	4,00		8,34	7,58	
Mediana	7,00	3,00		8,00	6,50	
Máxima	16,00	8,00		17,00	21,00	
Desvio padrão	4,11	2,94		4,44	4,04	

*Teste T Student

**Teste Mann-Whitney

Fonte: Da autora, 2016

Outros estudos também indicam que a não adesão ao exame de colpocitologia oncótica está relacionada com o fator mulher jovem (BORGES et al., 2012; LAGE; PESSOA; MELENDEZ, 2013), mas considerando que a faixa etária preventiva para o acometimento do CCU é de 30 a 49 anos de idade (WHO, 2014), este estudo verifica resultado positivo tendo em vista que essa faixa etária pertence à média de idade verificada nas mulheres que realizaram o exame de colpocitologia oncótica.

Quanto à variável número de anos de estudo, apesar de o padrão médio ser superior na adesão ao exame em ambos os grupos, este não é estatisticamente significativo (Tabela 39), o que não corrobora com outras pesquisas que verificaram

associação da baixa escolaridade com a não adesão ao rastreamento para o CCU (ANDRADE et al., 2014; BORGES et al., 2012; CORREA et al., 2012; LAGE; PESSOA; MELENDEZ, 2013).

A baixa escolaridade infere a menor acesso à fontes de informações que podem configurar em menor conhecimento e, conseqüentemente, menor adesão à prevenção do CCU.

Em relação à correlação da adesão ao exame de colpocitologia oncótica com as variáveis ocupação, cor de pele, situação conjugal e renda familiar mensal, verifica-se que não há correlação entre estas em nenhum dos grupos (Tabela 40).

Tabela 40- Distribuição de frequência e resultado de testes correlacionando a adesão às características sociodemográficas das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo grupos.

	Grupo Intervenção					Grupo Controle				
	Adesão					Adesão				
	Sim		Não		Valor-p	Sim		Não		Valor-p
n	%	n	%	n		%	n	%		
Ocupação***					0,4349*					1**
Do lar	34	50,75	5	71,43		12	42,86	23	42,59	
Trabalha fora	33	49,25	2	28,57		16	57,14	31	57,41	
Cor de pele					0,2597*					0,7134*
Branca	21	25,61	0	-		17	53,13	25	44,64	
Parda	47	57,32	6	85,71		11	34,37	24	42,86	
Negra	14	17,07	1	14,29		4	12,50	7	12,50	
Situação conjugal					0,2439*					1**
Com										
companheiro	49	59,76	6	85,71		19	59,38	34	60,71	
Sem										
companheiro	33	40,24	1	14,29		16	40,62	22	39,29	
Renda familiar mensal					****					****
<1 salário	4	4,88	1	14,29		3	9,37	7	12,50	
1 3 salários	70	85,36	6	85,71		23	71,88	43	76,79	
>3 salários	8	9,76	0	-		6	18,75	6	10,71	

*Teste Exato de Fisher

**Teste qui-quadrado

***A variável ocupação foi recategorizada, sendo excluídas do grupo as aposentadas/pensionistas: 15 mulheres no grupo intervenção que aderiram ao exame anual, 2 mulheres do grupo controle que não aderiram e 4 mulheres do grupo controle que aderiram.

****Teste estatístico não utilizado pois mais de 20% das frequências esperadas eram menores que 5.

Fonte: Da autora, 2016

Em estudo realizado com 144 mulheres em Fortaleza/CE, os pesquisadores verificaram associação entre o trabalho remunerado e maior renda mensal familiar com a adesão ao exame de colpocitologia oncótica (FALCÃO et al., 2014). Outro estudo realizado nas regiões Sul e Nordeste do Brasil evidenciou que

mulheres com menor nível socioeconômico são as que menos realizam o exame (CORREA et al., 2012), resultados que não corroboram com esta pesquisa.

O fato de viver sem companheiro foi associado a não adesão ao exame de colpocitologia oncótica (LAGE; PESSOA; MELENDEZ, 2013), isto pode ser devido à falsa impressão de segurança por não manter relações sexuais frequentes, entretanto se já ocorreu uma interação sexual anterior, pode ter culminado em uma infecção pelo HPV. Assim, há indicativos de falta de conhecimento a respeito do desenvolvimento do CCU.

Concernente a correlação entre a adesão ao exame de colpocitologia oncótica com as características obstétricas, verifica-se que não há correlação estatisticamente significativa (Tabela 41).

Tabela 41- Resumo descritivo e resultado de testes correlacionando a adesão às características obstétricas das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

História Obstétrica	Grupo Intervenção			Grupo Controle		
	Adesão		Valor-p	Adesão		Valor-p
	Sim (n=82)	Não (n=7)		Sim (n=32)	Não (n=56)	
Número de gestações			0,3835*			0,8935**
Mínima	0,00	1,00		0,00	0,00	
Média	3,24	2,71		2,34	2,39	
Mediana	3,00	2,00		2,00	2,00	
Máxima	11,00	5,00		5,00	8,00	
Desvio padrão	2,25	1,38		1,35	1,43	
Número de partos			0,9493**			0,7959**
Mínima	1,00	0,00		0,00	0,00	
Média	2,80	2,57		2,00	2,05	
Mediana	3,00	2,00		2,00	2,00	
Máxima	10,00	4,00		5,00	7,00	
Desvio padrão	1,95	1,13		1,27	1,21	
Número parto normal			0,347**			0,9509*
Mínima	0,00	0,00		0,00	0,00	
Média	1,93	1,00		1,00	0,98	
Mediana	1,00	1,00		0,00	0,00	
Máxima	10,00	4,00		4,00	6,00	
Desvio padrão	2,25	1,41		1,24	1,40	
Número parto cesárea			0,2353*			0,6453*
Mínima	0,00	0,00		0,00	0,00	
Média	0,86	1,57		0,96	1,07	
Mediana	1,00	2,00		1,00	1,00	
Máxima	4,00	4,00		3,00	3,00	
Desvio padrão	1,02	1,39		0,99	1,00	
Número de aborto			0,1213*			0,7959*
Mínima	0,00	0,00		0,00	0,00	
Média	0,43	0,14		0,37	0,33	
Mediana	0,00	0,00		0,00	0,00	
Máxima	6,00	1,00		2,00	3,00	
Desvio padrão	0,99	0,37		0,60	0,64	

*Teste T Student

**Teste Mann-Whitney

Fonte: Da autora, 2016

Em estudo realizado em Feira de Santana/BA, os pesquisadores verificaram associação entre a não adesão ao exame de colpocitologia oncótica com a multiparidade (ANDRADE et al., 2014), fato não evidenciado por este estudo.

Quanto a correlação entre a adesão ao exame de colpocitologia oncótica com a idade da menarca e da idade de início da atividade sexual, não se verifica correlação estatisticamente significativa em nenhum dos grupos (Tabela 42).

Tabela 42- Resumo descritivo e resultado de testes correlacionando a adesão a idade da menarca e início da atividade sexual das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo os grupos.

	Grupo Intervenção			Grupo Controle		
	Adesão		Valor-p	Adesão		Valor-p
	Sim (n=82)	Não (n=7)		Sim (n=32)	Não (n=56)	
Idade menarca			0,5220*			0,7230*
Mínima	9,00	11,00		9,00	9,00	
Média	12,85	13,28		12,81	12,67	
Mediana	13,00	13,00		12,50	13,00	
Máxima	19,00	16,00		16,00	16,00	
Desvio padrão	1,96	1,60		1,80	1,49	
Idade início atividade sexual			0,1028*			0,4527**
Mínima	13,00	13,00		13,00	13,00	
Média	18,29	16,28		16,87	17,80	
Mediana	17,00	16,00		17,00	17,00	
Máxima	43,00	21,00		24,00	28,00	
Desvio padrão	5,21	2,56		2,29	3,38	

*Teste T Student

**Teste Mann-Whitney

Fonte: Da autora, 2016

Como mencionado anteriormente, quanto menor a idade de início da atividade sexual maior poderá ser a exposição à infecção pelo HPV, assim, esperava-se que a

adesão à prevenção fosse maior nas mulheres que iniciaram precocemente a atividade sexual.

Em relação às características ginecológicas estudadas, não se verifica correlação estatisticamente significativa com a adesão à realização do exame de colpocitologia oncótica (Tabela 43).

Tabela 43- Distribuição de frequência e resultado de testes correlacionando a adesão às características ginecológicas das mulheres que realizaram o exame no serviço público de saúde do Município de Igarapava/SP, segundo grupos.

	Grupo Intervenção (n=89)					Grupo Controle (n=88)				
	Adesão				Valor-p	Adesão				Valor-p
	Sim		Não			Sim		Não		
n	%	n	%	n	%	n	%			
Exame anterior					1*					0,1540**
Sim	76	92,68	6	85,71		32	100	51	91,07	
Não	6	7,32	1	14,29		-		5	8,93	
Cauterização					0,5156*					1*
Sim	14	17,07	-	-		5	15,62	8	14,29	
Não	68	82,93	7	100		27	84,38	48	85,71	
Contraceptivo					0,1989*					0,6388*
Sim	57	69,51	7	100		15	46,87	22	39,29	
Não	25	30,49	0	-		17	53,13	34	60,71	
Preservativo					0,1649*					0,5464*
Sim	12	14,63	3	42,86		5	15,62	5	8,93	
Não	70	85,37	4	57,14		27	84,38	51	91,07	

*Teste qui-quadrado

**Teste Exato de Fisher

Fonte: Da autora, 2016

O fato de não utilizar contraceptivo foi associado com a não adesão ao exame de colpocitologia oncótica (ANDRADE et al., 2014), resultado este também esperado, mas não encontrado neste estudo.

Esperava-se também que as mulheres que já realizaram o exame anteriormente, e fizeram cauterização tivessem uma adesão maior ao rastreamento tendo em vista a experiência anterior, mas não foi verificada correlação neste estudo.

A utilização de preservativo em todas as relações sexuais pressupõe além de, uma adequação de atitude, um cuidado com a saúde e prevenção de doenças, assim, presumia-se que essas mulheres tivessem uma maior adesão à prevenção do CCU, resultado não constatado nesta pesquisa.

Nesse contexto, salienta-se a importância da verificação dos fatores que podem influenciar a adesão das mulheres à realização do rastreamento do CCU com intuito de planejar adequadamente estratégias congruentes com as especificidades da população assistida, promovendo a adoção de comportamentos preventivos.

6 CONCLUSÃO

Evidenciou-se, no perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo, que a idade teve padrão médio semelhante ($p=0,8749$) entre os grupos intervenção e controle. Quanto à escolaridade, esta foi superior no grupo controle ($7,86 \pm 4,16$). O padrão foi estatisticamente diferente entre os grupos quanto à ocupação ($p=0,0128$) e cor de pele ($p=0,0046$) e, semelhante quanto à situação conjugal ($p=0,9684$) e renda familiar mensal ($p=0,2519$).

Concernente à história obstétrica os dados mostraram padrão médio superior no grupo intervenção quanto a número de gestações ($p=0,0138$), número de partos ($p=0,0035$) e número de partos normais ($p=0,0058$), e, padrão semelhante quanto as variáveis número de parto cesárea ($0,3244$) e número de abortos ($0,5281$) entre os grupos.

Em relação à história ginecológica, os padrões entre os grupos foram semelhantes quanto à idade da menarca ($p=0,6359$) e idade de início da atividade sexual ($p=0,9609$). No grupo intervenção, 15,56% das mulheres referiram cauterização e 14,44% no grupo controle, sendo que a média do tempo de realização do grupo controle foi superior ao grupo intervenção ($p=0,0061$).

Ao que se refere à utilização de métodos contraceptivos a maioria das mulheres do grupo intervenção (72,20%) faziam uso e a maior parte das mulheres do grupo controle não utilizavam contraceptivos (57,78%), sendo padrão estatisticamente superior ($p=0,00008$). O método mais utilizado foi o cirúrgico definitivo em ambos os grupos, porém, com maior proporção no grupo intervenção ($p=0,014$).

A maioria das mulheres do grupo intervenção (83,33%) e do grupo controle (87,78%) não utiliza preservativo nas relações sexuais apresentando proporções semelhantes ($p=0,5247$). O motivo mais, frequentemente, referido no grupo intervenção (45,34%) e controle (54,43%) para a não utilização foi o fato de possuir relacionamento fixo, porém houve diferença estatística significativa ($p=0,0042$) dentre os motivos alegados, sendo que o fato do parceiro não gostar ou não querer utilizar o preservativo foi proporcionalmente mais referido ($p=0,002$) no grupo intervenção e a categoria outros superior no grupo controle ($p=0,045$).

Quanto à realização de colpocitologia oncótica anterior, a maioria do grupo intervenção (92,2%) e do grupo controle (94,4%) já o realizou anteriormente possuindo padrão estatístico semelhante entre os grupos ($p=0,7650$) e, o motivo referido para não realizar o exame anteriormente em ambos os grupos foi a falta de queixas ginecológicas.

A periodicidade de realização do último exame foi em sua maioria no grupo intervenção (61,45%) e no grupo controle (65,88%) adequada com intervalo de até 3 anos, com padrão estatisticamente semelhante ($p=0,1337$). O retorno para recebimento do resultado ocorreu entre 93,97% das mulheres do grupo intervenção e 90,58% das mulheres do grupo controle, com padrão estatístico semelhante ($p=0,5941$).

A maioria das mulheres, em ambos os grupos, referiram ter fácil acesso ao exame de colpocitologia oncótica, entretanto, percebe-se que no grupo controle a proporção é superior ($p=0,0311$) ao grupo intervenção. A dificuldade de acesso referida em sua maioria foi em relação aos serviços de saúde, possuindo padrão semelhante entre os grupos ($p=0,28$).

Dentre os sentimentos relatados sobre o exame de colpocitologia oncótica, o padrão foi semelhante entre os grupos ($p=0,0609$) e o mais relatado em ambos os grupos foi a preferência por profissional do sexo feminino.

Os motivos pelos quais as mulheres procuraram o serviço de saúde para realizar o exame apresentou padrão estatístico diferente entre os grupos ($p=0,0025$), onde a queixa ginecológica foi superior no grupo intervenção ($p=0,0100$) e, a rotina de prevenção ($p=0,0004$) e a solicitação de profissional de saúde ($p=0,0311$) superior no grupo controle.

Constatou-se padrão estatisticamente semelhante entre os grupos ao que se refere às queixas ginecológicas relatadas pelas mulheres, sendo a maioria do grupo intervenção (60,87%) e do grupo controle (67,86%) referente à dor pélvica.

Relacionado ao conhecimento geral sobre o exame de colpocitologia oncótica, observa-se que no momento inicial (pré-intervenção) padrão estatístico semelhante entre os grupos ($p=0,6712$), porém o conhecimento no momento pós-intervenção apresenta diferença significativamente superior no grupo

intervenção ($p < 0,00001$), em comparação com o grupo controle.

Na comparação do conhecimento entre os momentos dentro dos grupos, observa-se diferença estatística significativamente superior no grupo intervenção ($p < 0,00001$) no momento pós-intervenção em relação ao pré-intervenção, contudo no grupo controle não houve diferença estatística significativa ($p = 0,1344$) entre os momentos iniciais e finais.

A maioria dos resultados laboratoriais do exame de colpocitologia oncótica, de ambos os grupos, tiveram resultado de “alterações celulares benignas reativas ou reparativas”, verificando-se padrão semelhante ($p = 0,1903$) entre os grupos.

Quanto ao retorno para o recebimento do resultado do exame, todas as mulheres do grupo intervenção (100%) retornaram, no grupo controle 83,33% das mulheres retornaram, observando-se padrão estatisticamente superior ($p < 0,00001$) no grupo intervenção.

Concernente às condutas e encaminhamentos realizados, a maioria corroborou com o protocolo do Ministério da Saúde.

Em relação à adesão das mulheres ao exame de colpocitologia oncótica, verificou-se padrão estatisticamente superior ($p < 0,00001$) no grupo intervenção em comparação ao grupo controle.

A adesão ao exame de colpocitologia oncótica esteve associada ao conhecimento geral das mulheres sobre o exame, apresentando padrão médio significativamente superior no grupo intervenção ($p = 0,0153$) e controle ($p < 0,00001$) entre aquelas mulheres que aderiram ao exame em relação às que não aderiram.

No grupo intervenção, a adesão também se associou à idade, sendo estatisticamente significativo ($p = 0,0090$), ou seja, dentre as mulheres que aderiram a idade média foi superior. Não houve correlação da adesão com as demais variáveis.

Como limitação deste estudo, podemos considerar o prazo de 90 dias, após um ano, estabelecidos para definir se houve ou não adesão das mulheres à prevenção do CCU. Recomenda-se o desenvolvimento de futuros estudos que avaliem a eficácia das intervenções educativas a longo prazo, com intuito de verificar se as mulheres permanecem buscando o serviço de saúde para realização do exame de colpocitologia oncótica dentro da periodicidade recomendada.

A enfermagem se destaca na tarefa do cuidado preventivo e possui a sua disposição ferramentas que lhe permite a aproximação dos saberes entre os profissionais e as mulheres, revertendo na difusão do conhecimento e conscientização proporcionando o empoderamento feminino. A adesão à prevenção do CCU faz parte da construção da feminilidade e reflete a maturidade e responsabilização pelo cuidado de si.

Por fim, conclui-se que as intervenções educativas baseadas na metodologia freireana, o retorno agendado e as visitas domiciliares aqui testadas provaram ser eficazes na adesão das mulheres ao rastreamento do CCU, sendo que esta adesão se mostrou significativamente associada ao aumento da porcentagem do conhecimento geral sobre o exame de colpocitologia oncótica em ambos os grupos; ao maior acerto na questão específica sobre os cuidados anteriores ao exame no grupo intervenção; maior acerto das questões específicas sobre população alvo, periodicidade e cuidados anteriores ao exame no grupo controle e, maior idade no grupo intervenção.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, R. P.; SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 359-379, 2015.

ALBUQUERQUE, C. L. F. et al. Knowledge, attitudes and practices regarding the Pap test among women in northeastern Brazil. **Sao Paulo Med J**, São Paulo, v. 132, n. 1, p. 3-9, 2014.

ALBUQUERQUE, K. M. 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.

ALMEIDA, S. A. et al. Concepção de jovens sobre o HIV/AIDS e o uso de preservativos nas relações sexuais. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 39-46, 2014.

ANDRADE, M. S. et al. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 11-120, 2014.

ANDRADE, S. S. C. et al. Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 364-372, 2015.

BATISTA, M. L. S. et al. Resultados citopatológicos de mulheres que realizaram exame do colo do útero em um laboratório escola da Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO: estudo de prevalência. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 201-205, 2012.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43 (esp. 2), p. 1326-1330, 2009.

BORGES, M. F. S. O. et al. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não realização do exame. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1156-1166, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fortalecimento da rede de Prevenção, diagnóstico e tratamento do Câncer**. Brasília: Editora MS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das mulheres**. Brasília: Editora MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília : Editora MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Editora MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Brasília: Editora MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Editora MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: Brasília, 21 out. 2011b.

BRINGEL, A. P. V.; RODRIGUES, M. P. F.; VIDAL, E. C. F. Análise dos laudos de papanicolaou realizados em uma Unidade Básica de Saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 745-751, 2012.

BRITO-SILVA, K. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014.

BROBERG, G. et al. Increasing participation in cervical cancer screening: telephone contact with long-term non-attendees in Sweden. Results from RACOMIP, a randomized controlled trial. **Int J Cancer**, Heidelberg, v. 133, n. 1, p. 164-171, 2013.

BROUWERS, M. C. et al. Effective interventions to facilitate the uptake of breast, cervical and colorectal cancer screening: an implementation guideline. **Implementation Science**, London, v. 6, p. 112, 2011a.

BROUWERS, M. C. et al. What implementation interventions increase cancer screening rates? a systematic review. **Implementation Science**, London, v. 6, p. 111, 2011b.

BUCHALLA, C. M.; CARDOSO, M. R. A. Principais desenhos de estudos epidemiológicos. In: ALDRIGHI, J. M.; BUCHALLA C. M.; CARDOSO, M. R. A. **Epidemiologia dos agravos à saúde da mulher**. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 2, p. 9-25.

BYRD, T. L. et al. AMIGAS: a multicity, multicomponent cervical cancer prevention trial among Mexican American women. **Cancer**, New York, v. 1, p. 1365-1372, 2013.

CAMARGO, K. C. et al. Secreção vaginal anormal: sensibilidade, especificidade e concordância entre o diagnóstico clínico e citológico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 222-228, 2015.

CAMILLONI, L. et al. Methods to increase participation in organized screening programs: a systematic review. **BMC Public Health**, London, v. 13, p. 464, 2013.

CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 662-668, 2014.

CASTILHO, S. D.; NUCCI, L. B. Age at menarche in schoolgirls with and without

excess weight. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.91, n. 1, p. 75-80, 2015.

CECHINEL, K. C. et al. Cobertura do teste de papanicolaou em usuárias do SUS em Criciúma – Sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 38, n. 1, p. 39-44, 2009.

CESTARI, M. E. W.; ZAGO, M. M. F. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11 (suplem.), p. 176-182, 2012.

CLARK, C. R. et al. Case management intervention in cervical cancer prevention: the Boston REACH coalition women's health demonstration project. **Prog Community Health Partnersh**, Baltimore, v. 5, n. 3, p. 235-247, 2011.

COFTA-WOERPEL, L. et al. ACCISS study rationale and design: activating collaborative cancer information service support for cervical cancer screening. **BMC Public Health**, London, v. 9, p. 444-454, 2009.

CORRÊA, D. A. D.; VILLELA, W. V.; ALMEIDA, A. M. Desafios à organização de Programa de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero em Manaus-AM. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 395-400, 2012.

CORREA, M. S. 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, 2012.

COUTINHO, R. X. et al. Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 441-449, 2013.

DANTAS, C. N. et al. A consulta de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino para mulheres que a vivenciam. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 591-600, 2012.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. **TABNET**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br> >. Acesso em: 27 jul. 2016.

DELL'AGNOLO, C. M. et al. Avaliação dos exames citológicos de papanicolaou em usuárias do sistema único de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.38, n.4, p.854-864, 2014.

- DUARTE, S. J. H. et al. Prevenção do câncer de mamas e colo uterino na perspectiva de mulheres: implicações para o serviço. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, Divinópolis, v. 5, n. 1, p. 1469-1477, 2015.
- DUFLOTH, R. M. et al. Frequência de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) em mulheres grávidas e não grávidas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 229-232, 2015.
- DUGGAN, C. et al. Cervical cancer screening and adherence to follow-up among Hispanic women study protocol: a randomized controlled trial to increase the uptake of cervical cancer screening in Hispanic women. **BMC Cancer**, London, v. 2, p. 170-176, 2012.
- EACP: EUROPE AGAINST CANCER PROGRAMME. European Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. **Eur. J. Cancer**, Oxford, v. 29, p. 1-4, 1993.
- EVERETT, T. et al. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. **Cochrane Database Syst Rev**, London, v. 11, n. 5, p. CD002834, 2011.
- FALCÃO, G. B. et al. Fatores associados à realização de citologia para prevenção de câncer do colo uterino em uma comunidade urbana de baixa renda. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 165-172, 2014.
- FANG, C. Y.; MA, G. X.; TAN, Y. Overcoming barriers to cervical cancer screening among Asian American women. **N Am J Med Sci**, Boston, v. 4, n. 2, p. 77-83, 2011.
- FERNANDEZ, M. E. et al. Effectiveness of cultivando la salud: a breast and cervical cancer screening promotion program for low-income Hispanic women. **American Journal of Public Health**, Birmingham, v. 99, n. 5, p. 936-943, 2009.
- FIELDING, J. E. et al. Updated recommendations for client- and provider-oriented interventions to increase breast, cervical, and colorectal cancer screening. **Am J Prev Med**, New York, v. 43, n. 1, p. 92-96, 2012.
- FORNOS, L. B.; URBANSKY, K. A.; VILLARREAL, R. Increasing cervical cancer screening for a multiethnic population of women in South Texas. **J Cancer Educ**, New York, v. 29, n. 1, p. 62-68, 2014.

FRANCISCO, M. T. R. et al. O uso de preservativo entre os participantes do carnaval- perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 106-113, 2016.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 51 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 36 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

GERK, M. A. S. Prática de enfermagem na assistência ginecológica. In: BARROS, S. M. O. (Org.). **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009. p. 429-70.

GIRIANELLI, V. R.; THULER, L. C. S.; SILVA, G. A. Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 198-204, 2014.

GONÇALVES, C.V. et al. Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n.9, p. 258-266, 2011.

GONÇALVES, T. F. P. et al. Reflexões sobre o papel do enfermeiro e ações de saúde pública para prevenção contra câncer do colo do útero. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 6, p. 2214-2222, 2016.

GU, C. et al. The influence of knowledge and perception of the risk of cervical cancer on screening behavior in mainland Chinese women. **Psychooncology**, W. Sussex, v. 21, n. 12, p. 1299-308, 2012.

GUERRA, R. T.; QUIALA, J. T.; LAMBERT, S. R. Actividades educativas en Cruce de los Baños sobre prevención del cáncer cervicouterino. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 14, n. 8, p. 1097-2001, 2010.

GUIMARÃES, J. A. F. et al. Pesquisa brasileira sobre prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 220-30, 2012.

GUVENC, G.; AKYUZ, A.; YENEN, M. C. Effectiveness of nursing interventions to increase pap smear test screening. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 36, n. 2, p. 146-157, 2013.

HAN, H. R. et al. Interventions that increase use of Pap tests among ethnic minority women: A meta-analysis. **Psychooncology**, W. Sussex, v. 20, n. 4, p. 341-351, 2011.

HAYNES, V. et al. Adaptation of a cervical cancer education program for africanamericans in the faith-based community, Atlanta, Georgia, 2012. **Prev Chronic Dis**, Atlanta, v. 11, p. 130271, 2014.

HERANNEY, D. et al. A prospective randomized study of two reminding strategies: telephone versus mail in the screening of cervical cancer in women who did not initially respond. *Acta Cytol*, Basel, v. 55, n. 4, p. 334-340, 2011.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de detecção precoce e apoio à organização de rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INCA. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INCA. **Portaria nº 2439**. Política Nacional de Atenção Oncológica. 2005.

KAPAMBWE, S. et al. Innovative approaches to promoting cervical health and raising cervical cancer awareness by use of existing cultural structures in resource-limited countries: experiences with traditional marriage counseling in Zambia. **Glob Health Promot**, London, v. 20 (suppl 4), p. 57-64, 2013.

KIM, Y. M. et al. Influencing women's actions on cervical cancer screening and treatment in Karawang District, Indonesia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 13, n. 6, p. 2913-2921, 2012.

LAGANÁ, M. T. C. et al. Alterações citológicas, doenças sexualmente transmissíveis e periodicidade dos exames de rastreamento em Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 523-530, 2013.

LAGE, A. C.; PESSOA, M. C.; MELÉNDEZ, J. G. V. Fatores associados à não realização do teste de Papanicolaou na população de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 565-570, 2013.

LEITE, M. F. et al. Conhecimentos e prática das mulheres sobre câncer de colo do útero de uma Unidade Básica de Saúde. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v.24, n. 2, p. 208-213, 2014.

LÍBERA, C. L. D. et al. Avaliação do perfil e o conhecimento das mulheres sobre o exame citopatológico no município de São Sebastião do Paraíso - MG, **Rev In C Libertas**, São Sebastião do Paraíso, v. 2, n. 2, p. 85-99, 2012.

LIMA, A. N. F.; NASCIMENTO, E. G. C.; ALCHIERI, J. C. Adesão ao exame de citologia oncológica: um olhar sobre a saúde da mulher. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 303-310, 2014.

LIMA, T. M. et al. Análise da capacidade diagnóstica dos exames preventivos do câncer de colo uterino. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 673-678, 2012.

LOVE, G. D.; TANJASIRI, S. P. Using entertainment-education to promote cervical cancer screening in Thai women. **J Cancer Educ**, New York, v. 27, n. 3, p. 585-590, 2012.

LU, M. et al., A systematic review of interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among Asian women. **BMC Public Health**, London, v. 7, n. 12, p. 413, 2012.

LUQUE, J. S. et al. Increasing cervical cancer screening in a hispanic migrant farmworker community through faith-based clinical outreach. **J Low Genit Tract Dis**, Malden, v. 15, n. 3, p. 200-204, 2011.

LYIMO, F.S.; BERAN, T. N. Demographic, knowledge, attitudinal, and accessibility factors associated with uptake of cervical cancer screening among women in a rural district of Tanzania: Three public policy implications. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 22, 2012.

MACARTHUR, G. J. et al. Impact of media reporting of cervical cancer in a UK celebrity on a population-based cervical screening program. **Journal of Medical Screening**. London, v. 18, n. 4, p. 204-209, 2011.

MACEDO, M. H. H. A.; SILVA FILHO, A. L.; MAGALHÃES, I. M. Q. S. Prevenção de câncer de colo uterino: desafios de uma década. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 22 (sup 1), p. 121-128, 2011.

MARCUS, A. C.; CRANE, L. A. A review of cervical cancer screening intervention research: implications for public health programs and future research. **Prev. Med.**, Montreal, v.27, p. 13-31, 1998.

MAUAD, E. C. et al. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. **Rural and Remote Health**, Victoria, v. 9, p. 1241, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES, L. C. **O protagonismo das atividades educativas influenciando o conhecimento e a prática da autopalpação das mamas e do exame de Papanicolaou entre estudantes de escolas públicas do período noturno**. 2014. 77f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2014.

MIRANDA, A. A. M. et al. Conhecimentos acerca de DST/AIDS e métodos contraceptivos dos discentes dos cursos técnicos Integrados do IF Sudeste MG - Campus Juiz de Fora, Brasil. **Multiverso**, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, p. 25-36, 2016.

MISHRA, S. I.; LUCE, P. H.; BAQUET, C. R. Increasing pap smear utilization among Samoan women: results from a community based participatory randomized trial. **J Health Care Poor Underserved**, Nashville, v. 20 (2 suppl), p. 85-101, 2009.

MORAES, A. B. A.; ROLIM, G. S.; COSTA JÚNIOR, A. L. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Rev. Bras. Ter. Comp. Cogn.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 329-345, 2009.

MURATA, I.M.H.; GABRIELLONI, M.C.; SCHIRMER, J. Cobertura do Papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos de Maringá - PR, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 409-15, 2012.

NAIR, A. G. D. M. et al. Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 15, n. 2, p. 209-214, 2011.

NASCIMENTO, L. C.; NERY, I. S.; SILVA, A. O. Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 476-80, 2012.

NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Falta de periodicidade na realização do exame citopatológico do colo uterino: motivações das mulheres. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 557-564, 2014.

NAVARRO, C. et al. Cobertura do rastreamento do câncer de útero em região de alta incidência. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 17, 2015.

NICOLAU, A. I. O. et al. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 55-61, 2011.

O'BRIEN, M. J. et al. Community health worker intervention to decrease cervical cancer disparities in Hispanic women. **J Gen Intern Med**, Secaucus, v. 25, n. 11, p. 1186-1192, 2010.

OLIVEIRA, A. C.; et al. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 240-248, 2014.

PALENCIA, L. et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. **International Journal of epidemiology**, Bristol, v. 39, n. 3, p. 757-765, 2010.

PASKETT, E. D. et al. Evaluating the efficacy of lay health advisors for increasing risk-appropriate pap test screening: a randomized controlled trial among Ohio Appalachian women. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, Philadelphia, v. 20, n. 5, p. 835-843, 2011.

PRADO, D. S.; SANTOS, D. L. Contracepção em usuárias dos setores público e privado de saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 143-143, 2011.

PRADO, P. R. et al. Caracterização do perfil das mulheres com resultado citológico ASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo fatores sociodemográficos, epidemiológicos e reprodutivos em Rio Branco/AC, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 471-479, 2012.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1045-50, 2010.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Exposição aos fatores de risco do câncer do colo do útero na estratégia de saúde da família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 499-505, 2012.

RESSEL, L. B. et al. Exame preventivo do câncer de colo uterino: a percepção das mulheres. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 31, n. 2, p. 65-73, 2013.

RIBEIRO, K. F. C. et al. Conhecimento, atitude e prática de acadêmicas de enfermagem sobre o exame de papanicolaou. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis. v. 22, n. 2, p. 460-467, 2013.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763-1773, 2013.

RIQUELME, G. H.; CONCHA, X. P.; URRUTIA, M. T. Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. **Rev. Chil. Obstet.Ginecol**, Santiago, v. 77, n. 2, p. 111-115, 2012.

ROCHA, V. R. et al. Cervical uterine lesions: an epidemiological and molecular investigation in midwestern Minas Gerais, Brazil. **J Med Virol**, New York, v. 85, n. 5, p. 860-5, 2013.

RODRIGUES, B. C. et al. Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl.1, 2012.

ROSSI, P.G. et al. Methods to increase participation in cancer screening programs. **Epidemiol Prev.**, Milano, v. 36 (suppl 1), p. 101- 104, 2012.

ROTELI-MARTINS, C. M. et al. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 580-587, 2007.

RUÃO, T. Estratégias de comunicação na saúde - na promoção da igualdade. In:

LOPES, F.; RUÃO, T.; MARINHO, S. et al., organizadoras. **A saúde em notícia: repensando práticas de comunicação: CECS** [Internet]. Braga, Portugal; 2013 [citado 2014 ago.14]. Disponível em: <http://www.comunicacao.uminho.pt/cecs>

SADOVSKY, A. D. I. et al. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1539-1550, 2015.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.

SANTIAGO, T. R.; ANDRADE, M. S.; PAIXÃO, G. P. N. Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolaou. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 822-829, 2014.

SANTOS, A. C. S.; VARELA, C. D. S. Prevenção do câncer de colo uterino: motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou. **Rev. Enferm. Contemporânea**, Salvador, v.4, n. 2, p. 179-188, 2015.

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

SANTOS, R. P.; ALMEIDA, A. C. C. H. Prevalência de lesão intra-epitelial em exames preventivos coletados por acadêmicos de enfermagem: 2008-2012. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 347-353, 2014.

SASIENI, P.; CASTAÑONO, A.; CUZICK, J. What is the right age for cervical cancer screening? **Women's Health**, London, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2010.

SAUTHIER, M.; GOMES, M. L. B. Gênero e planejamento familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 457-464, 2011.

SCARINCI, I. C. et al. Cervical cancer prevention: new tools and old barriers. **Cancer**, New York, v. 116, n. 11, p. 2531-2542, 2010.

SCOGGINS, J.F. et al. Cost effectiveness of a program to promote screening for cervical cancer in the Vietnamese-American population. **Asian Pac J Cancer Prev**,

Bangkok, v.11, n. 3, p. 717-22, 2010.

SEADE: FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. SSPP: Sistema Seade de Projeções Populacionais. São Paulo: **Fundação SEADE**. Disponível em: < <http://www.seade.gov.br/produtos/projpop/index.php> >. Acesso em: 05 ago. 2016.

SILVA, J. M. A. S. et al. Fatores relacionados a não continuidade da realização do exame citológico Papanicolaou. **Percorso Acadêmico**, Belo Horizonte, v.1, n.2, p. 227-241, 2011a.

SILVA, M. A. S. et al. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolaou. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.16, n. 4, p. 532-539, 2015.

SILVA, M. G. P. et al. Determinantes da detecção de atipias celulares no programa de rastreamento do câncer do colo do útero no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 34, n. 2, p. 107-113, 2013.

SILVA, M. R. B.; SILVA, L. G. P. Knowledge, attitudes and practice in the prevention of cervix cancer among Basic Health Unit West-RJ. **R. pesq.: cuid. Fundam**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2483-2492, 2012.

SILVA, R. M. et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, 2011b.

SILVA, S. R.; PARREIRA, B. D. M; SOARES, M. B. O. Linha de cuidado: as necessidades e vulnerabilidades da mulher. In: SANTOS, A. S.; CUBAS, M. R. **Saúde Coletiva. Linhas de cuidado e consulta de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. cap. 10, p. 173-198.

SILVEIRA, N. S. P. et al. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame colpocitológico e sua relação com a idade feminina. **Rev Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. e2699, 2016.

SILVEIRA, P. G.; PESSINI, S. A. Câncer do colo do útero: lesões precursoras. In: HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. v. 2, 15 ed. São Paulo: Roca, 2014. p. 2128-2148.

SMITH, J. L. et al. AMIGAS: Building a cervical cancer screening intervention for

public health practice. **Journal of Women's Health**, New Rochelle, v. 22, n.9, p. 718-723, 2013.

SOARES, M. B. O. **Estudo dos dados do sistema de informação do câncer do colo do útero do departamento regional de saúde de Franca-SP, nos anos de 2007 e 2008**. 2010. 91f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.

SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.63, n. 2, p. 177-182, 2010a.

SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Resultados de citologia oncológica em uma regional de saúde no período de 2007-2008. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11 (esp), p. 23-31, 2010b.

SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncológica: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 404-414, 2016.

SOARES, M. C. S. et al. Conhecimento masculino sobre métodos contraceptivos. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 232-238, 2014.

SOUZA, K. R. et al. Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v.6, n. 1, p. 892-899, 2015.

TAYLOR, V. M. et al. Evaluation of a cervical cancer control intervention using lay health workers for Vietnamese American women. **American Journal of Public Health**, Birmingham, v. 100, n. 10, p. 1924-1929, 2010.

THOMPSON, B. et al. Increasing cervical cancer screening in the United States-Mexico border region. **J Rural Health**, Malden, v. 30, n. 2, p. 196-205, 2014.

VALENTE, C. A. et al. Atividades educativas no controle do câncer de colo do útero: relato de experiência, **R. Enferm. Cent. O. Min.**, Divinópolis, v. 5, n. 3, p. 1898-1904, 2015.

VALENTE, C. A. et al. Conhecimento de mulheres sobre o exame de papanicolaou. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43 (esp2), p. 1193-8, 2009.

VALIM, E. M. A. et al. Utilização de preservativo masculino entre adolescentes de escolas públicas na cidade de Uberaba (MG), Brasil: conhecimentos e atitudes. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 44-49, 2015.

VARGAS-HERNÁNDEZ, V. M.; ACOSTA-ALTAMIRANO, G. Primary prevention of cervical cancer. **Cir Cir**, México, v. 80, n. 3, p. 291-300, 2012.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Análise da cobertura e dos exames colpocitológicos não retirados de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 324-330, 2010.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Fatores relacionados ao não comparecimento à consulta para receber o resultado do exame colpocitológico. **Rev Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 401-407, 2014.

WANG, X. et al. Evidence-based intervention to reduce access barriers to cervical cancer screening among underserved Chinese American women. **Journal of Women's Health**, New Rochelle, v. 19, n. 3, p. 463-469, 2010.

WATSON-JOHNSON, L. C. et al. Refinement of an educational toolkit to promote cervical cancer screening among hispanic immigrant women in rural southern Georgia. **J Health Care Poor Underserved**, Nashville, v. 23, n. 4, p. 1704-1711, 2012.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO, 1998.

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice**. Geneva: WHO, 2014.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: **Wikimedia Foundation**, 2016. Disponível em: < <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Igarapava&oldid=45928620>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

WILLIAMS, K. P. et al. Kin Keeper SM: design and baseline characteristics of a community-based randomized controlled trial promoting cancer screening in Black, Latina, and Arab women. **Contemp Clin Trials**, New York, v. 34, n. 2, p. 312-319, 2013.

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO, GINECOLÓGICO E OBSTÉTRICO**

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

A1- Entrevista nº _____

A2- Data ____/____/____

A3- Data de nascimento: ____/____/____

A4- Idade: _____ (em anos)

A5- Profissão _____

1- Estudante, 2- Do lar, 3- Doméstica, 4- Professora, 5- Aposentada

6- Outros: _____

A6- Ocupação: _____

1- Estudante, 2- Do lar, 3- Doméstica, 4- Professora, 5- Aposentada

6- Outros:

B - DADOS DEMOGRÁFICOS, SOCIAIS E ECONÔMICOS

B1- Cor 1- Branca 2- Parda 3- Negra

B2- Anos de estudo (sem repetir a mesma série)

B3- Situação conjugal

1- Solteira, 2- Casada ou mora com companheiro

3- Separada, divorciada, desquitada, 4- Viúva

B4.1- Qual a sua renda familiar mensal? R\$ _____

B4.2- Qual a sua renda familiar mensal?

0- < 1 salário mínimo

1-1 | 2 salário mínimo

2-2 | 3 salário mínimo

3-3 | 5 salário mínimo

4- 5 ou mais salário mínimo

C - DADOS GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

C1- Por que procurou o serviço de saúde para realizar o exame de papanicolaou?

Resposta para as questões C1.1 a C1.4 = 0 – NÃO 1- SIM

C1.1- Queixas ginecológicas _____

C1.1.1- Se SIM, quais? _____

C1.2- Para rotina de prevenção _____

C1.3- Solicitação de profissional de saúde _____

C 1.3.1 Se SIM, qual? _____

C1.4- Outros _____

C1.4.1 Se SIM, quais? _____

C2- Realizou o exame antes? 0 – NÃO 1- SIM

C2.1- Se não, por que? _____

(Se NÃO, passar para a questão C9)

C3- Há quanto tempo? (em anos) _____

C4- Retornou para buscar o resultado? 0- NÃO 1- SIM

C4.1- Se NÃO, Por quê? _____

(Se NÃO, passar para a questão C9)

C5- Qual foi o resultado? 1- Normal, 2- Normal, mas com inflamação, 3- Alterado

C6- Passou por consulta? 0- NÃO 1- SIM

(Se NÃO, passar para a questão C9)

C6.1- Se SIM, qual profissional? _____

C7- Foi prescrito tratamento? 0- NÃO 1- SIM

C8- Realizou o tratamento? 0- NÃO 1- SIM

C8.1- Se NÃO, por que? _____

C9- Já fez cauterização? 0 – NÃO 1- SIM

C9.1- Se SIM, há quanto tempo? (em anos) _____

C10- Quantas vezes já realizou o exame de papanicolaou? _____

C11- De quanto em quanto tempo costuma fazer o exame?

0- A cada 6 meses, 1- Todos os anos 2- De vez em quando, 3- Quando o profissional de saúde solicita 4- Quando tem queixas ginecológicas 5- Outros

C11. 5.1- Se outros, quais? _____

C12- Possui fácil acesso ao exame de papanicolaou? 0- NÃO 1- SIM

C12.1- Se NÃO, por que? _____

C13- Qual o seu sentimento ao realizar o exame? 0- NÃO 1- SIM

C13a- Medo do resultado _____

C13b- Medo do exame _____

C13c- Dor _____

C13d- Desconforto _____

C13e- Vergonha _____

C13f- Prefere profissional do sexo feminino _____

C13g- Tem problemas em relação ao companheiro, por que este não gosta _____

C 13.h- Outras opções_____

C13h.1- Se outras opções, quais?_____

C14- Número de vezes que ficou grávida_____

C15- Número de partos_____

C15.1- Número de partos normais_____

C15.2- Número de cesarianas_____

C16- Número de abortos_____

C16.1- Número de abortos espontâneos_____

C16.2- Número de abortos provocados_____

C17- Idade da menarca_____

C18- Idade de início da atividade sexual_____

C19- Utiliza métodos contraceptivos? 0- NÃO 1- SIM

(Se NÃO, passar para a questão C20)

C19.1- Qual? _____

1- Método comportamental, 2- Método de barreira, 3- Hormonal oral,
4- Hormonal injetável, 5- DIU, 6- Laqueadura, 7- Vasectomia, 8- Outros

C 19.8.1- Se outros, qual? _____

C 20- Utiliza preservativo em todas as relações sexuais? 0 – NÃO 1- SIM

C 20.1- Se NÃO, por quê?_____

D- DADOS DO EXAME

- MOMENTO DA COLETA

D1- Presença de alteração ginecológica verificada no exame

0- NÃO 1- SIM

D1.1- leucorreia_____

D1.2- odor fétido_____

D1.3- edema_____

D1.4- ectopia no colo uterino_____

D1.5- cisto de Naboth_____

D1.6- pólipos cervical_____

D1.7- sangramento_____

D 1.8- outros_____

D 1.8.1- Se outros, qual? _____

D 2- Conduta 0- NÃO 1- SIM

D 2.1- Encaminhada _____

D 2.2- Orientada_____

D 2.3- Outras_____

D 2.3.1- Se outras, quais? _____

- NO RESULTADO

D 3- Data do resultado: ____/____/____

D 4- Data do retorno: ____/____/____

D4.1- Se não retornou, por quê? _____

D 5- Resultado do papanicolaou 0 – NÃO 1- SIM

D 5.1- dentro dos limites da normalidade_____

D 5.2- alterações celulares benignas reativas ou reparativas_____

D 5.2a- inflamação_____

D 5.2a.1- sem agente_____

D 5.2a.2- *Lactobacillus* sp e cocos_____

D 5.2a.3- *Chlamydia* sp_____

D 5.2a.4- *Actinomyces* sp_____

D 5.2a.5- *Candida* sp_____

D 5.2a.6- *Trichomonas vaginalis*_____

D 5.2a.7- Vírus do Grupo Herpes_____

D 5.2a.8- *Gardnerella/ Mobiluncus*_____

D 5.2a.9- Outros_____

D 5.2a.9.1- Se outros, qual?_____

D 5.2b- Metaplasia escamosa imatura_____

D 5.2c- Reparação_____

D 5.2d- Atrofia com inflamação_____

D 5.2e- Radiação_____

D 5.3- Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas_____

D 5.4- Células escamosas atípicas de significado indeterminado - não se pode afastar lesão de alto grau_____

D 5.5- Células glandulares atípicas de significado indeterminado_____

D 5.6- Células atípicas de origem indefinida_____

D 5.7- Lesão intraepitelial de baixo grau_____

D 5.7a- Efeito citopático compatível com HPV _____

D 5.7b- Neoplasia intraepitelial cervical grau I _____

D 5.8- Lesão intraepitelial de alto grau _____

D5.9- Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir micro-invasão _____

D 5.10- Carcinoma epidermóide invasor _____

D 5.11- Adenocarcinoma “*in situ*” _____

D 5.12- Adenocarcinoma invasor _____

D 5.12a- Adenocarcinoma invasor cervical _____

D 5.12b- Adenocarcinoma invasor endometrial _____

D 5.12c- Adenocarcinoma invasor sem outras especificações _____

D 5.13- Outras neoplasias malignas _____

D 6- Conduta 0- NÃO 1- SIM

D 6.1- Encaminhada _____

D 6.2- Orientada _____

D 6.3- Outras _____

D 6.3.1- Se outras, quais? _____

E- DADOS DO RETORNO ANUAL

E 1- Data da consulta de retorno: ____/____/____

E 2- Presença de alteração ginecológica verificada no exame

0- NÃO 1- SIM

E2.1- leucorreia _____

E 2.2- odor fétido _____

E 2.3- edema _____

E 2.4- ectopia no colo uterino _____

E 2.5- cisto de Naboth _____

E 2.6- pólipos cervical _____

E 2.7- sangramento _____

E 2.8- outros _____

E 2.8.1- Se outros, qual? _____

E 3- Conduta 0- NÃO 1- SIM

E 3.1- Encaminhada _____

E 3.2- Orientada _____

E 3.3- Outras _____

E 3.3.1- Se outras, quais? _____

E4- Motivo de não ter retornado _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOBRE O CONHECIMENTO DO EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA

ENTREVISTA n^o _____ Data: ____/____/____

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) Para que serve o exame de Papanicolaou?

- a) Permite visualizar o bebê durante a gestação através de um aparelho de ultrassonografia.
- b) Permite a detecção da lesão precursora do câncer do colo do útero, permitindo o diagnóstico precoce do câncer. Trata-se de um exame preventivo do câncer do colo do útero.
- c) Exame que protege a mulher impedindo que ela tenha um câncer.

3) Como é realizado o exame de Papanicolaou?

- a) Coleta de material citológico (células) do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice).
- 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.

4) Quem deve fazer o exame? (A partir de quando).

- 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.

5) De quanto em quanto tempo deve-se fazer o exame?

- a) O exame deve ser realizado 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.

6) Onde esse exame pode ser realizado?

- a) Pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais da saúde capacitados para realizá-los.
- b) Apenas em clínicas particulares especializadas.
- c) Pode ser realizado em casa por meio de testes que podem ser comprados em qualquer farmácia.

7) Após o exame 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.

8) “Não estar menstruada, não ter tido relação sexual nas últimas 48 horas, não ter feito ducha vaginal antes do exame”, esta afirmação:

- a) Está totalmente correta.
- b) Está parcialmente correta.
- c) Não interfere no resultado do exame.

9) Você faz o exame de Papanicolaou?

- a) Sim, todos os anos.
- b) Sim, porém raramente.
- c) Não, nunca.

APÊNDICE C - TERMO DE ESCLARECIMENTO

(grupo intervenção)

Título do Projeto: **IMPACTO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA ADESÃO À PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO**

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidada a participar do estudo: **“Impacto de intervenções educativas na adesão à prevenção do câncer cérvico-uterino”**, por utilizar o serviço de saúde do Município de Igarapava/SP para realizar a coleta de papanicolaou. Os avanços na área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é: **“Avaliar o conhecimento sobre o exame de colpocitologia oncótica e o impacto de intervenções educativas na adesão à realização do exame em mulheres com idade entre 25 e 64 anos”** e, caso você participe, será necessário responder a dois questionários antes de realizar a coleta de papanicolaou, aceitar receber visita domiciliar da pesquisadora, responder outro questionário após um ano e permitir acesso ao seu prontuário do serviço de saúde. 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 prejuízo no seu atendimento nas unidades de saúde do município. 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 D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: **IMPACTO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA ADESÃO À PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

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 tratamento. 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.

Igarapava, _____ / _____ / _____

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato da pesquisadora:

Maurícia (16) 9178-1886 ou (16) 3172-3399.

Sueli (34) 9978-0904 ou (34) 3313-2054

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 (34) 3318-5854.

APÊNDICE E - TERMO DE ESCLARECIMENTO

(grupo controle)

Título do Projeto: **IMPACTO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA ADESÃO À PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO**

TERMO DE ESCLARECIMENTO

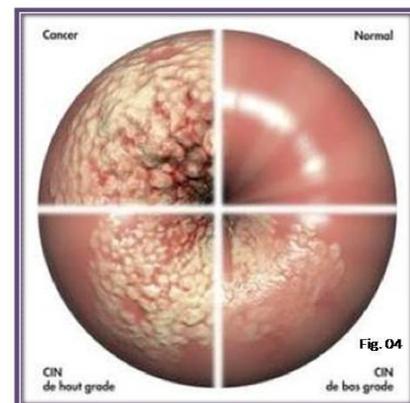
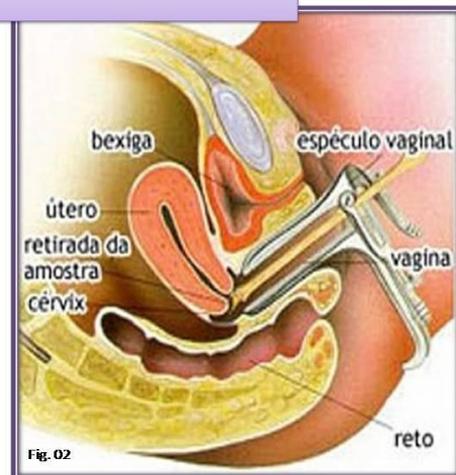
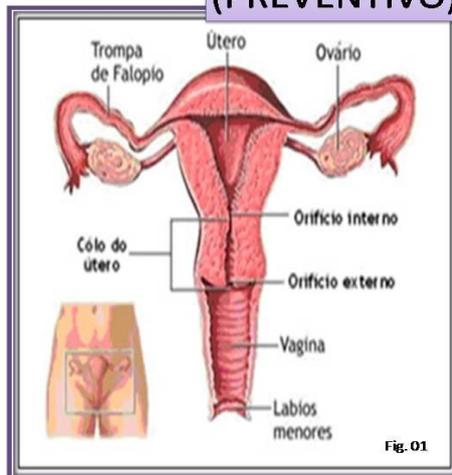
Você está sendo convidada a participar do estudo: **“Impacto de intervenções educativas na adesão à prevenção do câncer cérvico-uterino”**, por utilizar o serviço de saúde do Município de Igarapava/SP para realizar a coleta de papanicolaou. Os avanços na área ocorrem por meio de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é: “Avaliar o conhecimento sobre o exame de colpocitologia oncótica e o impacto de intervenções educativas na adesão à realização do exame em mulheres com idade entre 25 e 64 anos” e caso você participe, será necessário responder a dois questionários antes de realizar a coleta de papanicolaou, outro questionário após um ano através de visita domiciliar da pesquisadora e permitir acesso ao seu prontuário do serviço de saúde. 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 prejuízo no seu atendimento nas unidades de saúde do município. 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 F - MATERIAL ILUSTRATIVO (BANNER)



EXAME DE PAPANICOLAOU (PREVENTIVO)



Parte da pesquisa intitulada: **IMPACTO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA ADEÇÃO À PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Figura 01: Plano coronal do útero. Fonte: Disponível em: < <http://www.mundoeducacao.com.br/biologia/aparelho-reprodutor-feminino.htm>>. Acesso em: 26 ago. 2014. Figura 02: Procedimentos de Papanicolaou. Fonte: Disponível em: <http://saude-joni.blogspot.com.br/2010/11/exame-de-papanicolaou.html>>. Acesso em: 26 ago. 2014. Figura 03: Procedimentos do Exame de Papanicolaou. Fonte: Disponível em: < <http://jalecodeideias.blogspot.com.br/2011/08/ideia-do-dia-declare-seu-amor-por-voce.html>>. Acesso em: 26 ago. 2014. Figura 04: Colo uterino. Fonte: Disponível em: <https://www.facebook.com/cccu7>. Figura 05: Campanha de prevenção. Disponível em: <https://www.facebook.com/cccu7>.

APÊNDICE G - MATERIAL ILUSTRATIVO (FOLDER)



útero
lugar onde a vida começa

e não onde termina
previna-se

INCA/Ministério da Saúde
(11) 3172-8001
(11) 99224-1828
www.inca.org.br



**EXAME DE PAPANICOLAOU
(PREVENTIVO)**

O QUE PRECISO SABER?

1 O que é câncer do colo do útero?
É um tipo de câncer que demora muitos anos para se desenvolver. As alterações das células que dão origem ao câncer são facilmente descobertas através do exame de papanicolaou.

2 Para que serve o exame de papanicolaou?
Permite a detecção da lesão precursora do câncer do colo do útero, permitindo o diagnóstico precoce do câncer. Trata-se de um exame preventivo do câncer do colo do útero.

3 Como é realizado o exame de papanicolaou?
O exame é realizado através da coleta de material citológico (células) do colo do útero. É coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice).

4 Quem deve fazer o exame? (A partir de quando)?
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 64 anos de idade.

5 De quanto em quanto tempo deve-se fazer o exame de papanicolaou?
O exame deve ser realizado uma vez por ano.

6 Onde o exame de papanicolaou pode ser realizado?
O exame de papanicolaou pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais de saúde capacitados para realizá-los.

7 O que preciso fazer para realizar o exame de papanicolaou?
Para a realização do exame você não pode estar menstruada, não ter tido relação sexual nas últimas 48 horas e, não ter feito ducha vaginal.

Lembre-se:
Após a realização do exame você deve buscar o resultado e mostrá-lo a um profissional de saúde.

Referências: INCA/Ministério da Saúde.

APÊNDICE H - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA/SP

Ofício 04/EGO/DEAH/CGE/UFTM-2014

Uberaba, junho de 2014

Vimos por meio deste, solicitar autorização de Vossa Senhoria para a realização da pesquisa intitulada: “Impacto de Intervenções Educativas na Adesão à Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino” nas dependências do serviço público de saúde do município de Igarapava, o qual também utilizará além das suas dependências físicas, os recursos materiais do serviço para a realização de exames de colpocitologia oncótica nas mulheres do município que procurarem espontaneamente o serviço de saúde para este fim.

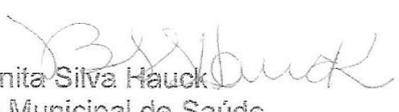
A pesquisa será desenvolvida apenas pela doutoranda Maurícia Brochado Oliveira Soares, enfermeira, Mestre em Atenção à Saúde e funcionária pública deste município desde 2002.

Informamos que as pesquisadoras respeitaram a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e que a pesquisa está sendo submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) e só será iniciada após a aprovação deste.

Acreditamos que a realização desta pesquisa poderá trazer vários benefícios a médio prazo para a população feminina deste município podendo ser estendida a nível nacional. O município também poderá ter como benefício imediato o aumento da cobertura de realização de colpocitologia oncótica.

Neste sentido, contamos com vossa colaboração.


Dra Sueli Riul-da Silva
Professora Associada do CGE/UFTM


Beatris Lenita Silva Hauck
Secretária Municipal de Saúde
Igarapava/SP

Ciente 13/06/2014

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - (FOLHA 1)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: IMPACTO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA ADESÃO À PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

Pesquisador: Sueli Riul da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25513213.2.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 785.675

Data da Relatoria: 06/08/2014

Apresentação do Projeto:

Completa.

Objetivo da Pesquisa:

Pertinentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerados e descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5776

Fax: (34)3318-5776

E-mail: cep@pesqpg.ufm.edu.br

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP- (FOLHA 2)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 785.675

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acatou o parecer do relator.

UBERABA, 10 de Setembro de 2014

Assinado por:
ANA PALMIRA SOARES DOS SANTOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5776

Fax: (34)3318-5776

E-mail: cep@pesqpg.uftrm.edu.br

ANEXO B - REGISTRO BRASILEIRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

Saúde
Ministério da Saúde

REGISTRO BRASILEIRO DE
Ensaio Clínicos

USUÁRIO SENHA **ENTRAR** [Esqueceu a senha?](#)
[Registrar-se](#)

[PT](#) | [ES](#) | [EN](#)

[NOTÍCIAS](#) | [SOBRE](#) | [AJUDA](#) | [CONTATO](#)

Buscar ensaios

[BUSCA AVANÇADA](#)

[HOME](#) / [ENSAIOS REGISTRADOS](#) /

RBR-2q52rs

Impacto de intervenções educativas na adesão à prevenção do câncer cérvico-uterino

Data de registro: 26 de Dez. de 2014 às 10:38

Last Update: 5 de Junho de 2015 às 13:05

Tipo do estudo:

Intervenções

Título científico:

<p style="text-align: right;">PT-BR</p> <p>Impacto de intervenções educativas na adesão à prevenção do câncer cérvico-</p>	<p style="text-align: right;">EN</p> <p>Impact on education intervention in the adherence to the cervical cancer prevention</p>
--	---