

**MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE NA
PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO:
COMPORTAMENTOS DE USUÁRIAS DE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM LAGOA
GRANDE-PE**

MICHELLY BEZERRA DOS SANTOS RABELO

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para a obtenção do título de Mestre
em Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

Orientador: Dr. Glauco Baiocchi Neto

Co-Orientadora: Dra. Susanne P. Costa Silva

São Paulo

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Rabelo, Michelly Bezerra dos Santos

Modelo de crenças em saúde na prevenção de câncer de colo uterino: comportamentos de usuárias de unidades básicas de saúde em Lagoa Grande - PE / Michelly Bezerra dos Santos Rabelo - São Paulo, 2017. 44p.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interinstitucional (MINTER) em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em Parceria com Universidade Federal do Vale do São Francisco
Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.
Orientador: Glauco Baiocchi Neto

Descritores: 1. Programas de rastreamento / Mass screening. 2. Neoplasias do Colo do Útero/ Uterine Cervical Neoplasms. 3. Saúde da Família / Family health .

DEDICATÓRIA

“Porque dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente. Amém”.Romanos 11:36.

AGRADECIMENTO

Aos meus familiares, pelo incentivo em todas as jornadas iniciadas, sempre interagindo e contribuindo para o meu fortalecimento como ser humano;

Aos meus orientadores Dr. Glauco Baiocchi e Profa. Susanne Costa e às respectivas instituições representadas Fundação Antônio Prudente e Universidade Federal do Vale do São Francisco pela oportunidade e dedicação no compartilhar o conhecimento;

Às mulheres, participantes da pesquisa, que dispuseram do seu tempo e da sua boa vontade, por acreditar na contribuição da ciência para a mudança de realidade das mulheres sujeitas ao câncer de colo uterino.

RESUMO

Rabelo MBS. **Modelo de crenças em saúde na prevenção de câncer de colo uterino: comportamentos de usuárias de unidades básicas de saúde em Lagoa Grande-PE**. São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Os programas de rastreamento para prevenção de câncer uterino são baseados na identificação de mulheres com fatores de risco, diagnóstico das lesões precursoras e seu tratamento oportuno. Quanto maior o controle em todas as etapas deste processo, menores serão as taxas de incidência da doença invasora. Estudos apontam várias barreiras, que impedem o rastreamento em países em desenvolvimento: diferenças culturais e religiosas, medo do estigma associado ao diagnóstico de câncer, preocupação com a desaprovação do parceiro em relação a fazer a triagem, dentre outros. Diante dessa situação, é relevante conhecer o perfil das mulheres em idade prioritária para prevenção de câncer de colo uterino, o seu comportamento preventivo em relação ao tema e as crenças individuais que impedem ou motivam a prática de adesão às recomendações provenientes dos serviços de saúde, baseadas no Ministério da Saúde. Para isso, foi realizado um estudo analítico observacional do tipo transversal com mulheres entre 25 a 64 anos de idade, residentes no município de Lagoa Grande – PE, por meio da Escala de Champion baseada no Modelo de Crenças em Saúde. A maioria das entrevistadas estava no período reprodutivo, com baixo nível de escolaridade e renda, de cor não branca (negras e pardas), casadas ou com união consensual e com mediana de três filhos por mulher. Segundo a pesquisa, 96,9% delas submeteram-se, pelo menos, a um preventivo na vida; 87,2% fizeram seu último preventivo em menos de três anos; 79,6% realizaram-no como exame de rotina; 82,6% repete o preventivo com periodicidade de até três anos e 72,1% utilizavam o SUS para acesso ao exame. Em relação à escala de Champion, as

percepções de susceptibilidade e barreiras foram baixas; por outro lado, gravidade e benefícios tiveram percepção alta. Foi possível associar o ano de realização do exame Papanicolau com alguns tópicos de benefício e barreiras percebidas. Diante do estudo realizado, percebe-se que as crenças pessoais influenciam na tomada de decisão sobre o autocuidado em relação à prevenção de câncer de colo uterino. Garantir o acesso ao exame de Papanicolau não é suficiente para se ter a efetividade necessária para a redução da mortalidade do câncer uterino. Além disso, na rotina das UBS, as equipes precisam favorecer este cuidado para além de divulgação do exame, mediante de busca-ativa das mulheres no território que não frequentam os serviços de saúde, melhorar a qualidade da coleta do exame realizado, fazer o acompanhamento delas que se submetem ao exame, por meio do registro da periodicidade da realização, encaminhamento das alterações detectadas e garantia de acesso aos serviços especializados.

SUMMARY

Rabelo MBS. **[Health beliefs model in cervical cancer screening: behavior of basic health unit patients]**. São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Screening programs for cervical cancer prevention are based on the identification of women with risk factors, diagnosis of precursor lesions and their timely treatment. The greater the control in all stages of this process, the lower the incidence rates of the invasive disease. Studies point to several barriers that prevent screening in developing countries such as cultural and religious differences, fear of the stigma associated with the diagnosis of cancer, worry about the partner's disapproval regarding screening, etc. Given that situation, we have to know the profile of women, who are within the risk age bracket, their preventive behavior concerning the disease and the individual beliefs that prevent or motivate the adherence to recommendations from health services, based on Brazilian public health recommendations. In this regard, a cross-sectional observational study was carried out with women between 25 and 64 years living in the city of Lagoa Grande - Pernambuco, using the Champion Scale based on the Health Beliefs Model. Most of the interviewees were in the reproductive period, with a low level of schooling and income, non-white skin colour (black and brown), married or with a consensual union and with a median of three children per woman. According to the research, 96.9% of them underwent at least one preventive examination in life; 87.2% took their last preventive in less than three years; 79.6% took the preventive examination as a routine examination; 82.6% repeat the preventive program with a period of up to three years and 72.1% used public health system (SUS) to access the exam. Regarding the Champion Scale, perceptions of susceptibility and barriers were low; on the other hand, severity and benefits had high perception. We were able to associate the year of the Pap smear with some topics of benefit and

perceived barriers. In the face of the current study, we noticed that personal beliefs influence the decision-making about self-care regarding the prevention of uterine cervix cancer. Ensuring access to the Pap smear is not enough to have the effectiveness needed to reduce uterine cancer mortality. Concerning the routine of the Basic Health Units (UBS), the healthcare teams need to favor this sort of care in addition to disclosure of the exam through several actions such as an active search of women in the region who do not attend health services; to improve the quality of the collection of the examination performed; to monitor those women who submitted to the examination by recording the periodicity of the realization, forwarding the changes detected and guaranteeing access to specialized services.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1	Relação entre a quantidade de mulheres cadastradas por UBS e a quantidade de questionário a ser aplicado por UBS.....	11
Tabela 2	Perfil sociodemográfico das usuárias entrevistadas do município de Lagoa Grande-PE.....	15
Tabela 3	Perfil das mulheres em relação ao exame preventivo Papanicolau respondentes da pesquisa do município de Lagoa Grande-PE.....	16
Tabela 4	Perfil ginecológico e obstétrico das usuárias entrevistadas do município de Lagoa Grande-PE.....	18
Tabela 5	Respostas do questionário de Champion das usuárias entrevistadas do município de Lagoa Grande-PE.....	20
Tabela 6	Respostas do questionário de Champion das usuárias entrevistadas do município de Lagoa Grande-PE.....	22
Tabela 7	Cruzamento entre benefício da escala de Champion e último ano de preventivo (Referência 2016) das usuárias das UBS do município de Lagoa Grande-PE.....	26
Tabela 8	Cruzamento entre barreiras 1,3,4,6,10,11 e 12 da escala de Champion e último ano de preventivo (Referência 2016) das usuárias das UBS do município de Lagoa Grande-PE.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS

ACIP	<i>Advisory Committee on immunization practices</i>
CIN 2	Neoplasia cervical intraepitelial 2
CAPS	Centro de atenção psicossocial
CHMBS	<i>Champion's health belief model scale</i>
CEAME	Centro de atendimento médico especializado
CEDEP	Comitê de ética e deontologia em estudos e pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomovírus humano
HR-HPV	<i>High-risk HPV</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
MCS	Modelo de crenças em saúde
UBS	Unidade básica de saúde
SUS	Sistema único de saúde

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	8
2.1	Objetivo Geral.....	8
2.2	Objetivos Específicos	8
3	MATERIAIS E MÉTODOS	9
3.1	Caracterização do Estudo	9
3.2	Contexto do Estudo	9
3.3	Etapas da Investigação	10
3.3.1	População alvo	10
3.3.2	População em estudo	10
3.3.3	Critérios de elegibilidade	11
3.3.4	Instrumentos de Coleta de dados.....	11
3.3.5	Procedimentos de coleta de dados	13
3.5	Aspectos Éticos	13
3.6	Análise de Dados	13
4	RESULTADOS.....	15
5	DISCUSSÃO	29
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

APÊNDICES

Apêndice 1 Questionário individual tipo A adaptado

Apêndice 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

ANEXOS

Anexo 1 Escala do Modelo de Crenças em Saúde de Champion

Anexo 2 Carta de anuência

1 INTRODUÇÃO

A infecção persistente pelo Papilomavírus humano (HPV) de alto risco é o fator de risco necessário para o desenvolvimento do câncer de colo uterino, com cerca de 500.000 casos novos ao ano em todo o mundo e levando a mais de 270 mil óbitos. Cerca de 80% dessas mulheres vivem em países em desenvolvimento e que não se submetem a programas de rastreamento do câncer do colo do útero ou tratamento adequado. Esses países, em sua maioria, apresentam infraestrutura insuficiente para a análise baseada em citologia e falta de treinamento para os citopatologistas (YING et al. 2014).

No Brasil, mediante a atenção primária em saúde, a prevenção e o controle do câncer de colo de útero são feitos por meio de ações que vão desde a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) até aquelas voltadas para detecção precoce do câncer, como: informações sobre rastreamento, identificação da faixa etária feminina prioritária, identificação de mulheres com fatores de risco, convocação e coleta de exame de citologia, busca-ativa de faltosas ao exame, recebimento dos laudos, vigilância e encaminhamento para a atenção secundária dos casos positivos, e suporte para os pacientes em tratamento curativo ou paliativo (Ministério da Saúde 2011).

As diferenças observadas, nas taxas de incidência desta neoplasia mundialmente e nas diversas regiões do Brasil, são reflexos da influência

dos mais variados fatores, dentre eles a eficiência dos programas de rastreamento. Quanto maior o controle em todas as etapas deste processo, menores serão as taxas de incidência do câncer uterino (VALE 2013).

Um programa de rastreamento eficaz deve atingir alta cobertura da população por possuir o registro do universo das mulheres-alvo e dos históricos dos controles, de tal maneira que essas possam ser convocadas de acordo com a periodicidade definida. Além disso, garante a qualidade da assistência e o seguimento das pacientes com lesões precursoras. Chama-se de rastreamento oportunístico aquele que é realizado a partir da procura ocasional dos serviços de saúde, de forma não relacionada às normas preconizadas. Realizado dessa forma, o rastreamento não é capaz de identificar as mulheres que estão sem controle e expostas ao risco de desenvolver um câncer invasor do colo de útero, como também rastreia excessivamente um grupo parcial de mulheres, sendo menos custo-efetivo que um programa organizado. Isso é comum em países como o Brasil, que tem dificuldade de estabelecer estratégias de prevenção e promoção de saúde, bem como garantir o acesso aos serviços para o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras (VALE 2013).

KHODAKARAMI et al. (2016) afirmam que o fornecimento de um software de registro online e a criação de mecanismo permanente de acompanhamento regular, com classificação e atualização oportuna dos dados coletados pelo sistema, são estratégias possíveis para um programa de rastreamento organizado.

A dificuldade de diminuir a incidência e a mortalidade por tal tipo de câncer em países em desenvolvimento provoca a discussão sobre quais os fatores que estão envolvidos para, assim, organizar programas de rastreamento. É consensual, na literatura, que o exame Papanicolau é, em custo-efetivo, o mais apropriado para a prevenção do câncer cervical, sendo relevante analisar seu desempenho e possíveis entraves para sua realização.

O sucesso na concretização de um programa de rastreamento exige compreensão e atenção aos fatores comportamentais dos sujeitos, incluindo boa comunicação sobre o câncer de colo do útero e o processo de seleção de rastreamento, as consequências psicológicas de participar e as questões que afetam a participação. Ao tomar uma decisão sobre a participação na triagem, as mulheres devem, idealmente, ter em conta a sua própria compreensão do câncer de colo de útero e sua percepção de risco de desenvolvê-lo, além da compreensão dos benefícios do rastreamento. Os principais determinantes da participação incluem fatores como a organização do sistema de saúde, percepções das mulheres, vulnerabilidade, ansiedade e medo com relação ao câncer do colo do útero, dificuldades familiares simultâneas e nível de educação (ZEFERINO e DERCHAIN 2006; SANTOS 2008; RAFAEL 2009).

Sendo assim, estimular o processo de autonomia dessas usuárias para se tornarem ativas na procura de informação sobre sua saúde, é uma das estratégias que podem ser adotadas. Para VALE (2013), o comportamento saudável depende das crenças pessoais acerca da ameaça

da doença percebida e o risco/benefício de praticar a ação de prevenção. SILVA (2010) aponta que a probabilidade de algo indesejado acontecer estimula e incentiva o cuidado, o enfrentamento e o engajamento em comportamentos preventivos.

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) relaciona as ações e as motivações para recorrer a comportamentos preventivos com as significações atribuídas às doenças, a percepção da eficácia e os custos dos procedimentos relacionados. O MCS está relacionado à teoria de tomada de decisão (decision making) e tem quatro conceitos principais: percepção de susceptibilidade ou percepção de risco; percepção de gravidade; percepção de benefícios e percepção de barreiras. Quanto maior for a vulnerabilidade, a gravidade e os benefícios percebidos e quanto menores os obstáculos, maior é a probabilidade de decisão para desenvolver a ação. Contudo, a preocupação extrema com a doença e a existência de crenças pessoais podem se tornar entraves à prevenção. Do ponto de vista dos profissionais de saúde, entender a relação entre as crenças de saúde e a prevenção de câncer de colo de útero contribui no planejamento das ações educativas sobre como abordar as mulheres em relação aos benefícios do rastreio, como diminuir as barreiras e como motivar as usuárias a aderirem ao programa de rastreamento (SANTOS 2008).

Na Turquia, foi realizada pesquisa com mulheres que nunca haviam realizado o exame preventivo, utilizando o Modelo de Crenças em Saúde, revelando que três temas emergiram: crença, informação e barreiras. Elas reagiram positivamente para o diagnóstico precoce e métodos de proteção;

houve baixo conhecimento sobre os fatores de risco relacionados ao câncer de colo de útero; a maioria relatou a falta de limpeza íntima como fator de risco; medo de submeter-se ao exame Papanicolau e falta de “costume de ter atitudes preventivas”, ou seja, procuravam o médico somente quando estavam com sintomas (DURAN 2016).

Como foi citado no parágrafo anterior, uma das principais barreiras elencadas pelas mulheres é a falta de informação sobre a prevenção de câncer de colo uterino. A *American Cancer Society-ACS* publicou, em 2016, atualizações referentes ao rastreamento das mulheres em relação a esse tipo de câncer. Segundo as recomendações, mulheres mais jovens que 21 anos, independente da idade de iniciação sexual, não precisam ser rastreadas. A partir dessa idade até os 29 anos, deve-se fazer triagem por citologia convencional ou citologia em base líquida. Para mulheres de 30 anos a 65 anos, realizar a citologia e o teste de HPV a cada três anos, caso as citologias anteriores sejam negativas. As mulheres devem interromper o rastreio após a idade de 65 anos se elas tiverem 3 citologias negativas consecutivas ou 2 resultados negativos consecutivos dentro do período de 10 anos antes de cessar a triagem (SMITH et al. 2016).

Tais recomendações foram desenvolvidas para as mulheres em risco médio e não se aplicam àquelas com história de câncer de colo de útero; nem a mulheres que estão imunocomprometidas por transplante de órgãos, quimioterapia ou tratamento crônico com corticosteróide; ou, ainda, aquelas que são positivas para o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Além disso, as mulheres que tiveram colo do útero removido não devem ser

rastreadas, a menos que tenham história de neoplasia cervical intraepitelial 2 (CIN2) ou diagnóstico mais grave (SMITH et al. 2016).

Para finalizar, O *Advisory Committee on Immunization Practices*-ACIP recomenda que a vacinação de rotina HPV deve ser iniciada aos 9 anos, porém o mais comum é começar aos 11 anos. A vacinação também é recomendada para mulheres com idades de 13 a 26 anos e para os homens as idades de 13 a 21 anos que não tenham sido vacinados anteriormente ou que não tenham concluído a série de 3 doses (SMITH et al. 2016). No Brasil, a partir deste ano (2017), os meninos de 12 e 13 anos poderão ser vacinados com um intervalo de seis meses entre as duas doses recomendadas, e estima-se que, até 2020, eles poderão iniciar a vacinação aos 9 anos de idade (BRASIL 2016). Para as meninas, a vacina de HPV já está disponível desde 2015, para idade de 9 a 13 anos (Ministério da Saúde 2016c).

Neste contexto, o presente estudo tem como alvo mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde, nível de atenção responsável pelo rastreamento do câncer de colo útero. Levanta como questão norteadora: Qual o comportamento das usuárias das UBSs do município de Lagoa Grande sobre a prevenção de câncer de colo uterino? Esse questionamento se faz pertinente, já que o exame Papanicolau, principal estratégia de prevenção desse tipo de câncer, é um procedimento de fácil acesso nas UBSs, baixo custo; porém, ainda, existe resistência por algumas mulheres em realizá-lo periodicamente. Além disso, mesmo com a viabilidade do exame e a cobertura deste aumentar a cada ano no Brasil, por que a taxa de

mortalidade do câncer de colo de útero só aumenta? Esse método de rastreamento utilizado não tem tido êxito já que o principal indicador, que é a mortalidade das mulheres vulneráveis a este tipo de câncer, não baixa.

Este estudo pretende pesquisar pela ótica da usuária. Sendo assim, é relevante conhecer qual o perfil das mulheres de idade prioritária para prevenção de câncer de colo de útero, o comportamento preventivo em relação ao tema e quais as crenças individuais que impedem ou motivam a prática de adesão às recomendações provenientes dos serviços de saúde, baseadas no Ministério da Saúde. Espera-se que o conhecimento desses aspectos auxilie no planejamento dos serviços de saúde no âmbito da assistência e da gestão, e sirva de suporte para futuras pesquisas que levem em consideração os aspectos comportamentais e sociais nos problemas de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o comportamento de mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde do município de Lagoa Grande/PE acerca da prevenção de câncer de colo uterino.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Traçar o perfil socioeconômico das mulheres de 25 a 64 anos usuárias de Unidades Básicas de Saúde do município de Lagoa Grande/PE.
- 2 Analisar o acesso dessas mulheres às Unidades Básicas de Saúde.
- 3 Identificar os fatores motivacionais e impeditivos de realizar o exame de Papanicolau, utilizando o Modelo de Crenças em Saúde.
- 4 Detectar a aceitação das mulheres em relação ao uso da auto - coleta de HR-HPV como método de prevenção de câncer de colo uterino.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Estudo analítico observacional do tipo transversal.

3.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Lagoa Grande - PE, localizado no sertão Pernambucano, região do semiárido brasileiro. Segundo o censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o município possui uma área de 1.848,928 km², com uma população de 22.760 habitantes, sendo 11.443 mulheres com 4.781 dessas na faixa etária de 25 a 64 anos.

A rede assistencial de saúde possui dez Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade Móvel Odontológica, um Laboratório de Prótese Dentária, um hospital e um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS (BRASIL 2015). Em relação ao Programa de Rastreamento de Câncer de Colo de Útero na Atenção Básica, o município de Lagoa Grande tem cota mensal de 95 exames preventivos Papanicolau, com coleta feita nas UBS, sendo o material coletado analisado pelo Hospital Dom Malan, prestador de serviço oferecido pelo estado, que se localiza em Petrolina-PE, a uma distância de 50 km do município.

3.3 ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO

3.3.1 População alvo

Foram consideradas como população alvo todas as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes no município de Lagoa Grande, o que totalizou 4.801, segundo informações do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2015). A idade foi definida de acordo com a faixa priorizada pelo Ministério da Saúde para rastreamento de Câncer de Colo de Útero.

3.3.2 População em estudo

Para a definição da população em estudo (amostra), foi realizado cálculo amostral baseado na técnica de população finita, considerando: população alvo de 4.801 mulheres; prevalência do desfecho de 50%; erro estimado de 5% e intervalo de confiança de 95%, chegando-se ao número de 357 participantes. Em seguida, foi feito um cálculo estatístico proporcional à quantidade de mulheres cadastradas por UBS, totalizando a quantidade de questionários, que devem ser aplicados em cada Unidade de Saúde, conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1 - Relação entre a quantidade de mulheres cadastradas por UBS e a quantidade de questionários a serem aplicados por UBS

UBS	Mulheres/Cadastradas	Questionário/UBS
UBS 01 (SEDE)	467	38
UBS 02 (SEDE)	739	52
UBS 03 (RURAL)	704	43
UBS 04 (RURAL)	597	44
UBS 05 (RURAL)	381	33
UBS 06 (SEDE)	624	42
UBS 07 (SEDE)	402	39
UBS 08 (RURAL)	384	28
UBS 09 (RURAL)	179	12
UBS 10 (SEDE)	324	26
Total	4801	357

3.3.3 Critérios de elegibilidade

Foram incluídas no estudo apenas as mulheres com idade entre 25 e 64 anos, sexualmente ativas, com filhos ou não, residentes na área de zona urbana ou rural que fossem cadastradas na Unidade de Saúde da Família da sua área de abrangência do endereço relatado pela participante. Para critérios de exclusão, foram considerados: histórico de histerectomia total e/ou diagnóstico confirmado de câncer.

3.3.4 Instrumentos de Coleta de dados

Consistiram como instrumentos de coleta de dados:

- ✓ Questionário desenvolvido para pesquisa, investigando aspectos socioeconômicos e comportamentais. As questões comportamentais adotaram como referência o Questionário Individual Tipo A, utilizado pelo INCA no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e

Morbidade Referida de Agravos não Transmissíveis (2002), seção de exames para detecção de câncer de colo de útero e mama e uso de hormônios (Questões de 01 a 07 e 22 a 41). Também foi acrescida uma questão relativa à autocoleta de HR-HPV (Apêndice 1).

- ✓ Escala do Modelo de Crenças em Saúde de Champion (Champion 1984)-*Champion's Health Belief Model Scale (CHMBS)*, traduzida e validada no Brasil por SANTOS (2008) (Anexo 1). A MSC consiste em um constructo, desenvolvido inicialmente com o objetivo de avaliar pacientes com câncer de mama; porém, pode ser utilizado para avaliar outros tumores. O CHBMS é composto por 29 questões divididas em quatro escalas: susceptibilidade (5 questões), gravidade (7 questões), benefícios (5 questões) e barreiras (12 questões). As quatro escalas que compõem o instrumento mensuram a maior percepção do indivíduo na dimensão testada de acordo com a maior pontuação. Dessa forma, quanto maior a pontuação da escala, maior é a percepção do indivíduo sobre a dimensão estudada. Para cada pergunta do questionário, o indivíduo escolhe cinco alternativas: discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo plenamente. A cada uma das alternativas é atribuído um valor, que varia de um a cinco. Os itens são, então, somados e é obtido um valor para cada uma das dimensões (escala tipo Likert).

3.3.5 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados nas UBS, em dias de funcionamento, por meio da aplicação dos questionários por entrevistador previamente treinado. Além disso, também foram realizadas visitas domiciliares no território e coleta nos dias de consultas ambulatoriais no Centro de Atendimento Médico Especializado-CEAME.

A coleta foi conduzida da seguinte forma: apresentação da intermediadora, convidando para participação no projeto; apresentação do objetivo da pesquisa e solicitação da anuência da participante, seguida da aplicação do questionário.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisa – CEDEP/UNIVASF, seguindo todas as normas, que regulamentam os estudos em humanos, como descreve a Resolução nº 466/2012 (Ministério da Saúde 2012b) e demais recomendações do Conselho Nacional de Saúde, tendo a pesquisa iniciado apenas após a aprovação no Comitê de Ética (Número do CAAE: 49509815.7.0000.5196).

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados no programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados com o emprego do pacote estatístico IBM SPSS

Statistics 20. Na análise estatística, foi utilizada estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão), para as variáveis contínuas, e frequências absolutas e relativas para as categóricas. A análise de associação foi realizada por regressão de Poisson, considerando-se um intervalo de confiança de 95% (nível de significância de 5%).

4 RESULTADOS

A média de idade das mulheres, que participaram do estudo, foi 38,75 anos, com cor prevalente não branca (86,1%), renda de 01 salário mínimo e 04 pessoas por residência. Dentre as respondedoras, 71,7 % eram casadas ou em união consensual. Das mulheres sem cônjuge, 52,3% tinham parceiro fixo. Em relação à escolaridade, 54,9% estudaram até o Fundamental (Completo e incompleto) (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico das usuárias entrevistadas do Município de Lagoa Grande-PE

Idade	Frequência
Menor que 39	58,2%
40-54	33,9%
Maior que 54	7,9%
MÉDIA: 38,75 / MEDIANA: 38 anos	
Cor	Frequência
Não branca	86,1%
Branca	13,9%
Escolaridade	Frequência
Nenhuma	5,0%
Fundamental	54,9%
Ensino Médio	31,6%
Ensino Superior	8,4%
Situação Conjugal	Frequência
Casada/ Consensual	71,7%
Separada	9,8%
Solteira	13,4%
Viúva	5,0%

A maioria (96,9%) já havia realizado exame preventivo pelo menos uma vez na vida, sendo que 79,6% fizeram o último como exame de rotina. Das mulheres entrevistadas, 82,6% não demoram mais que três anos para repetir o exame Papanicolau, realizando o procedimento com predominância na Rede de Saúde Pública, o SUS (72,1%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil das mulheres em relação ao exame preventivo Papanicolau respondentes da pesquisa no Município de Lagoa Grande-PE

Já fizeram algum preventivo na vida?	Frequência
Não	3,1%
Sim	96,9%
Ano do último preventivo (Referência 2016)	Frequência
Menos que 3 anos	87,2%
3-10 anos	12%
Mais que 10 anos	0,8%
Motivo para fazer o preventivo	Frequência
Exame de Rotina	79,6%
Examinar problemas de saúde	19,5%
Outros fatores	0,9%
Periodicidade do exame preventivo	Frequência
Demora até 3 anos para repetir	82,6%
Demora mais que 3 anos para repetir	17,4%
Fez preventivo pelo SUS?	Frequência
Não	27,9%
Sim	72,1%

Em relação ao histórico obstétrico das mulheres entrevistadas (Tabela 4), houve uma média de três gestações por pessoa, sendo que somente 5,3% dessas nunca engravidaram. A idade da primeira gestação teve como mediana os 19 anos, tendo a mínima de 12 anos e a máxima de 40 anos de idade. Na amamentação, 94,7% tiveram essa prática ao parir, com a frequência de 82,1% e o período de amamentação acima dos seis meses. A mediana da quantidade de filhos por mulher foi de três, tendo a mínima de um filho e a máxima de 15 filhos.

Tabela 4 - Perfil ginecológico e obstétrico das usuárias entrevistadas do Município de Lagoa Grande-PE

Gravidez	Frequência
Não	5,3%
Sim	94,7%
Média /Mediana: 03 vezes	
Idade 1º Gravidez	
Média: 19,84 anos	
Mediana: 19 anos	
Mínimo: 12 anos	
Máxima: 40 anos	
Amamentação	Frequência
Não	5,3%
Sim	94,7%
Periodicidade da Amamentação	Frequência
Não amamentei	2,2%
Menos de 6 meses	15,7%
6 meses a 1 ano	19,8%
1 a 2 anos	33,2%
Mais de 2 anos	29,1%
Uso da pílula alguma fez?	Frequência
Não	23,5%
Sim	76,5%
Idade 1º Menstruação	
Média / Mediana: 13 anos	
Cirurgia de Útero e/ou Ovário	Frequência
Sim	3,1%
Não	96,9%
Conhecimento sobre Menopausa	Frequência
Não	18,8%
Sim	81,2%
Sintomas de Menopausa	Frequência
Não	81,7%
Sim	18,3%
Idade entrou na Menopausa	
Média : 43,08 anos / Mediana: 47 anos	
Uso de Hormônios	Frequência
Não	77,4%
Sim	22,6%
Tempo que usa Hormônios	
Mediana: 02 meses	
Aceitabilidade Autocoleta HPV	Frequência
Não	16,6%
Sim	83,4%

Quando foi perguntado sobre o uso da pílula anticoncepcional, 76,5% das entrevistadas utilizaram esse método contraceptivo alguma vez na vida, porém apenas 17,9% estavam utilizando-a atualmente. A mediana do período do uso da pílula foi de 48 meses. A menarca teve como mediana aos 13 anos e o início da menopausa aos 47 anos. 18,8% das entrevistadas não souberam definir a menopausa, apenas 18,3% relataram apresentar sintomas desse período do ciclo menstrual e 22,6% utilizam hormônios durante esse período com mediana de 02 meses de uso.

Ao serem questionadas sobre uma forma alternativa de prevenção de Câncer de Colo de Útero, a autocoleta de HR-HPV, a aceitabilidade para submeter-se ao método foi de 83,4%.

Em relação às afirmações do Questionário de Champion, baseado no Modelo de Crenças em Saúde, tratando-se da primeira escala abordada, a susceptibilidade em relação ao câncer de colo de útero, não houve em sua maioria, concordância em nenhum dos tópicos abordados nesse quesito (nível de percepção baixo). Porém, no segundo constructo, a gravidade da doença oncológica, teve por maior parte das entrevistadas, concordância com as afirmações, exceto no tópico: “Se eu tiver câncer do Colo do Útero, não vou viver mais que cinco anos”, que teve uma rejeição de 57,7% das respondentes (Tabela 5).

Tabela 5 - Respostas do questionário de Champion das usuárias entrevistadas do Município de Lagoa Grande-PE

Susceptibilidade	Concordo	Discordo/Nem concordo nem discordo
Tenho certeza que vou ter câncer de Colo de Útero algum dia.	24%	76%
Acho que vou ter câncer de Colo do Útero algum dia.	33,9%	66,1%
Tenho grande chance de ter câncer do Colo do Útero nos próximos 10 Anos.	29,1%	71,9%
Minha chance de ter câncer do Colo do Útero é grande.	21,6%	78,4%
Tenho mais chance de ter câncer do Colo do Útero que outras pessoas.	13,2%	86,8%
Gravidade	Concordo	Discordo/Nem concordo nem discordo
A ideia de câncer do Colo do Útero me apavora.	73,1%	26,9%
Quando eu penso em ter câncer do Colo do Útero meu coração dispara.	69,4%	20,6%
Tenho medo até de pensar em câncer do Colo do Útero.	69,4%	20,6%
Os problemas que eu teria com câncer do Colo do Útero iriam durar muito tempo.	53,5%	36,5%
O câncer do Colo do Útero pode ameaçar minha relação com o meu parceiro.	52,7%	47,3%
Se eu tivesse câncer do Colo do Útero, minha vida toda iria mudar.	77%	33%
Se eu tiver câncer do Colo do Útero, não vou viver mais que cinco anos.	42,3%	57,7%

Além da susceptibilidade e gravidade do câncer de colo de útero, foi abordado sobre os benefícios do exame Papanicolau, mais um constructo que consta na Escala de Champion. As mulheres concordaram em sua maioria com todas as afirmações, contudo no tópico: “Quando eu faço o

exame preventivo, não me preocupo muito com o câncer do Colo do Útero” foi a menor de 62,8%. A maior frequência foi no tópico: “Quando eu faço o exame preventivo que o médico mandou, eu fico aliviada”, com 93,9%.

Para finalizar os resultados do modelo de crenças em saúde, o último constructo trabalhado refere-se às barreiras que podem existir como impedimento para submeter-se ao exame Papanicolau. Em relação a esse tema, as mulheres deveriam discordar para maiores atitudes preventivas. Em todos os tópicos, a maioria discordou das afirmações, porém, em alguns tópicos, a frequência não foi elevada, como “Fico com vergonha de fazer o exame preventivo” e “Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer o exame preventivo”, com 61,6% e 57,4% respectivamente (Tabela 6).

Tabela 6 - Respostas do questionário de Champion das usuárias entrevistadas do Município de Lagoa Grande-PE

Benefícios	Concordo	Discordo/Nem concordo Nem Discordo
Quando eu faço o exame preventivo que o médico mandou, eu fico aliviada.	93,9%	6,1%
Quando eu faço o exame preventivo, não me preocupo muito com o câncer do Colo do Útero.	62,8%	47,2%
Fazer o exame preventivo ajuda a descobrir logo o câncer do Colo do Útero.	93,9%	6,1%
Fazer o exame preventivo diminui a chance de eu morrer de câncer do Colo do Útero.	91,0%	9%
Fazer o exame preventivo diminui a chance de eu ter que fazer uma cirurgia grande se eu tiver câncer do Colo do Útero.	88,3%	11,7%
Barreiras	Concordo	Discordo/Nem concordo nem discordo
Fico com vergonha de fazer o exame preventivo.	38,4%	61,6%
Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer o exame preventivo.	42,6%	57,4%
Tenho medo de fazer o exame preventivo porque eu não sei o que vão fazer comigo.	16,8%	83,2%
Não sei o que fazer para marcar o exame preventivo.	11,2%	88,8%
O preparo para fazer o exame preventivo vai demorar muito.	14%	86%
Acho que o exame preventivo deve doer muito.	16,2%	83,8%
O pessoal que faz o exame preventivo pode ser grosseiro.	7,8%	92,2%
É difícil arrumar condução para ir fazer o exame preventivo.	15,7%	84,3%
Tenho coisas mais importantes para fazer do que o exame preventivo.	2,8%	97,2%
O exame preventivo vai atrapalhar minha vida.	1,4%	98,6%
O exame preventivo é caro.	11,8%	88,2%
Sempre me esqueço de marcar o exame preventivo.	16,2%	83,8%

Os resultados encontrados no presente estudo descrevem o perfil de usuárias de um município de pequeno porte, que tem como predominância de assistência a Atenção Básica. A maioria das mulheres que foi entrevistada nos serviços de saúde estão no período reprodutivo, com baixo nível de escolaridade e renda, de cor não branca (negras e pardas), casadas ou com união consensual e com uma mediana de 3 filhos por mulher. Além disso, em relação à iniciação da vida sexual, apesar de esse fator não ter sido abordado diretamente, a média de menarca foi de 13 anos e da primeira gravidez foi de 19 anos, sugerindo que a vida sexual da maioria destas mulheres aconteceu no período da adolescência. Nossos dados corroboram com a pesquisa, que foi realizada pelo INCA em 2003 na capital Recife e em mais 14 capitais (Ministério da Saúde 2004) e com a publicação de RAFAEL (2009), em que se utilizou o mesmo instrumento de Inquérito Domiciliar validado pela instituição supracitada. MASCARELLO et al. (2012) publicaram dados sobre o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer de útero em estadiamento inicial no Paraná, amostra de 954 participantes, em que a maioria dessas mulheres eram usuárias de idade acima dos 40 anos, casadas, com escolaridade até o primeiro grau incompleto, não brancas e com encaminhamento do SUS.

Nesta pesquisa, foi utilizado o Questionário de Champion, que, inicialmente, foi construído para o câncer de mama, mas tem sido adaptado e validado para outros tipos de neoplasias tais como retal, próstata e uterino (RAFAEL 2009). Para SANTOS (2005), a preocupação com o câncer pode ser considerada como uma resposta emocional à ameaça desse. No

questionário utilizado, esse ponto é analisado pelos constructos de susceptibilidade e gravidade. Para as entrevistadas, na sua considerável maioria, elas não acreditam que o câncer do colo possa afetá-las, ou que são susceptíveis a esse tipo de doença. Na pesquisa, 76% delas discordaram com a afirmação ‘Tenho certeza de que vou ter câncer de colo de útero algum dia’ e 86.8% também discordaram da afirmação “Tenho mais chance de ter câncer de útero que outras pessoas”. Resultados bem semelhantes foram encontrados na dissertação de mestrado de RAFAEL (2009) conforme pesquisa realizada com 281 mulheres. É interessante discutir tais resultados porque as mulheres que participaram da pesquisa afirmam que se submetem ao exame Papanicolau praticamente todos os anos, mas não se sentem subjetivamente com risco de serem afetadas pela doença (Teste de Fisher 0,008 (1); 0,007(3); 0,003 (4), (Tabela 5). GROU (2007) aplicou o Modelo de Crenças em saúde relacionado ao câncer retal com dois grupos de pacientes, um com maior adesão aos exames e o outro com baixa adesão. Os resultados confirmaram que a menor susceptibilidade foi no grupo de baixa adesão, o que não aconteceu neste estudo.

No constructo gravidade, que é referente à percepção da seriedade da doença tanto do ponto de vista de perturbação emocional quanto à ciência das consequências, que ela pode causar, as respondentes, em sua maioria, concordaram com todos os tópicos que descreviam possíveis implicações que o câncer pode causar como medo, ansiedade, instabilidade conjugal, mudança na rotina de vida, exceto no quesito “Se eu tiver câncer de útero não vou viver mais que cinco anos”, com 57,7% de discordância.

Tal afirmação está ligada ao conceito de morte, o que gera uma atitude de negação que essa realidade pode acontecer com as mulheres participantes da pesquisa.

Encontram-se na literatura vários estudos sobre a percepção da mulher em relação ao exame Papanicolau (SILVA e SILVA 2012; DOROTEU 2014; RODRIGUES et al. 2016); neles, constam que a maioria absoluta das entrevistadas conhecem o exame e já o fizeram pelo menos uma vez na vida. Segundo COLETA (1999), os benefícios percebidos pela escala de Modelo de Crenças em Saúde acenam para a efetividade da ação e o conhecimento sobre as consequências positivas. Neste estudo, as respondentes confirmaram com superioridade e positivamente em relação a esse constructo. Porém no quesito “Quando eu faço o exame preventivo, não me preocupo muito com o câncer do Colo do Útero” foi de 62,8%, dentre as outras porcentagens dos benefícios percebidos, a menor de todas. Esse resultado motiva a investigação em futuras pesquisas qualitativas se as mulheres, de fato, sabem qual o papel do exame Papanicolau ou se devido à submissão do exame, há um aumento de confiança de que essa condição não se tornará realidade para as mesmas, o que é coerente com as respostas do primeiro constructo, a susceptibilidade.

Ao fazer o cruzamento de dados entre os benefícios da escala de Champion e o último ano em que as usuárias do município de Lagoa Grande submeteram-se ao exame preventivo, houve uma associação entre as variáveis ($p = 0,001$; IC=95%) pelo teste de Fisher, no quesito 1 desse constructo: “Fico aliviada quando faço o exame preventivo que o médico

mandou”. Tal agregação remete que as mulheres que demoraram menos para fazer o exame preventivo, responderam mais positivamente em relação a esse tópico (Tabela 7).

Tabela 7 - Cruzamento entre benefício 1 da escala de Champion e último ano de preventivo (referência 2016) das usuárias das UBS do Município de Lagoa Grande-PE.

Benefício 1 (Teste de Fisher: 0,001)	Ano do Último Preventivo (Referência 2016) em categorias		
	Menor que 3 anos	3-10 anos	Mais que 10 anos
Fico aliviada quando faço o exame preventivo que o médico mandou	96,2%	91,3%	70,8%
Concordo	3,8%	8,7%	29,2%
Discordo			

Em relação ao último constructo da escala de Champion, as barreiras, esse elemento, geralmente, é o ponto mais discutido entre os trabalhos publicados que utilizam o Modelo de Crenças em saúde. As barreiras percebidas são os pontos negativos da ação preventiva, no caso, o exame Papanicolau, na relação custo-benefício (COLETA 1999). Neste trabalho, em nenhum quesito, houve concordância pela maioria, que é um impedimento de fato para se recusar a submeter-se ao exame. Porém dois pontos tiveram frequência relativamente baixa de discordância, que foram “Tenho vergonha de fazer o exame preventivo” e “Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer o exame preventivo” com 61,6% e 57,4% respectivamente. No trabalho de RODRIGUES et al. (2016), as mulheres tiveram uma percepção média sobre as barreiras percebidas (51,4%); GUVENC et al. (2010) os quesitos vergonha e esquecimento foram os mais apontados pelas participantes; RAFAEL (2009) foram medo em relação ao resultado

(39,85%), ao profissional examinador (31,31%), vergonha (39,85%) e esquecimento (32,02%) foram as principais barreiras de acesso citadas pelas mulheres.

Ao fazer o cruzamento dos quesitos de barreiras com o tempo que as participantes levaram para fazer o último preventivo, houve associação entre “Tenho vergonha de fazer o exame preventivo”, “Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer o exame preventivo” e “Sempre me esqueço de marcar o exame preventivo”, mostrando que as mulheres que concordaram com tais afirmações, em sua maioria, demoram mais para submeter-se ao exame Papanicolau (de três há mais anos) (Tabela 8).

É relevante ressaltar algumas limitações referentes aos resultados por ter sido utilizado um instrumento quantitativo. Algumas respostas das participantes teriam uma contribuição maior, caso tivessem o seu discurso considerado em suas participações. A escolha do instrumento da escala de Champion foi oportuna pela relevância reconhecida na comunidade científica e por detectar as crenças pessoais das respondentes; porém, em outras pesquisas, seria interessante acrescentar questionamentos mais amplos em que se pudessem captar respostas mais completas das mulheres.

Tabela 8 - Cruzamento entre barreiras 1,3,4,6,10,11 e 12 da escala de Champion e último ano de preventivo (referência 2016) das usuárias das UBS do Município de Lagoa Grande-PE.

Escala Champion	Ano do último preventivo (referência 2016) em categorias		
	Frequência		
BARREIRA 1 (Teste de Fisher 0,00) Tenho vergonha de fazer o exame preventivo.	Menor que 3 anos	3-10 anos	Mais que 10 anos
Concordo	34,2%	69,6%	62,5%
Discordo	65,8%	30,4%	37,5%
BARREIRA 3 (Teste de Fisher 0,010) Não sei o que vão fazer comigo.			
Concordo	14,9%	26,1%	33,4%
Discordo	85,1%	73,9%	66,6%
BARREIRA 04 (Teste de Fisher 0,044) Não sei o que fazer para marcar o preventivo.			
Concordo	9,4%	13%	33,3%
Discordo	90,6%	87%	66,7%
BARREIRA 06 (Teste de Fisher 0,008) Preventivo dói.			
Concordo	13,5%	21,7%	45,9%
Discordo	86,5%	78,3%	54,1%
BARREIRA 10 (Teste de Fisher 0,049) O preventivo atrapalha minha vida.			
Concordo	1%	0%	0%
Discordo	99%	100%	100%
BARREIRA 11 (Teste de Fisher 0,047) O preventivo é caro.			
Concordo	10,6%	21,7%	16,7%
Discordo	89,4%	78,3%	83,3%
BARREIRA 12 (Teste de Fisher 0,000) Sempre esqueço de marcar de preventivo.			
Concordo	12,6%	39,1%	41,6%
Discordo	87,4%	60,9%	58,4%

5 DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde aponta que o acesso aos serviços de saúde por meio das Unidades Básicas na Atenção Primária tem aumentado ao longo dos anos. Tendo em vista a nova Política Nacional da Atenção Básica, programas de fortalecimento do primeiro nível de atenção têm ampliado a cobertura de Equipes de Saúde nos territórios nacionais (Ministério da Saúde 2012a). Essa ampliação deve ser refletida em aumento na quantidade de procedimentos e ações realizadas na Estratégia de Saúde da Família e, principalmente, na qualidade, resultando em diminuição dos agravos e fatores de risco à saúde das pessoas assistidas.

Dentre os programas que são de responsabilidades da Atenção Básica está o Controle do Câncer de Colo do Útero e Mama, que mediante o Plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer lançado em 2011, tem intensificado as ações nesta temática (Ministério da Saúde 2016c). Como principal ação desenvolvida no cotidiano dos serviços do primeiro nível de atenção, encontra-se a realização do exame Papanicolau, feito na maioria das vezes por demanda espontânea e intensificado nas Campanhas de prevenção do câncer cervical como o “Outubro Rosa”. Além disso, desde 2014, por meio da Política Nacional de Imunização, a vacina contra HPV para meninas de 9 a 11 anos. E a partir de 2017, iniciou-se a vacinação para os meninos de 12 e 13 anos (Ministério da Saúde 2017).

NASCIMENTO (2011), ao estudar o acesso do exame preventivo no Rio de Janeiro, relata que o conceito de acesso é abstruso. É necessário adequar usuário e sistema de saúde, levando em consideração disponibilidade, acessibilidade, adaptabilidade, e aceitabilidade. O primeiro se relaciona com o volume da demanda com os serviços ofertados, o segundo é sinônimo de deslocamento entre o serviço e o domicílio do paciente, o terceiro com a organização do serviço para receber o usuário e o último e mais interessante é a atitude do usuário frente ao procedimento ou à assistência, que está vinculada às suas características físicas, sociais, crenças, dentre outros.

Na introdução deste trabalho, foi citada a demanda espontânea como entrave do atendimento das mulheres, em que há uma “supersubmissão” das mesmas mulheres em relação aos exames preventivos, enquanto outras não estão se submetendo ao procedimento. Não há um controle nem da quantidade, nem dos resultados dos exames realizados e não está garantido o fluxo assistencial recomendado pelas Diretrizes de rastreamento de câncer de útero pelo Ministério da Saúde em (2011). Essa é a realidade dos países em desenvolvimento citado por DOROTEU 2014. No SISCOLO, no estado do Pernambuco, por exemplo, os últimos dados consolidados são de fevereiro de 2014 e não há dados atualizados da situação da cobertura real do rastreamento do câncer do colo, além de os indicadores disponibilizados pelo sistema serem superficiais (Ministério da Saúde 2016b).

Essa subutilização do exame preventivo atalha que as mulheres usufruam dos benefícios do exame para a prevenção do câncer uterino, e

somando a tal realidade, cita-se a demora de entrega do resultado, a qualidade dos esfregaços e os problemas de privacidade e acolhimento relacionados aos profissionais de saúde envolvidos nesses procedimentos (NASCIMENTO 2011).

GUVENÇ et al. (2010) relataram que os casos de câncer de colo de útero têm diminuído nos países desenvolvidos nas últimas três décadas, provavelmente devido à eficácia dos programas de rastreamento. Porém, nos países em desenvolvimento como a Turquia, país objeto de estudo dos pesquisadores, os casos de câncer têm aumentado ou permanecem inalterados. No Brasil, inclusive com citações do Ministério da Saúde, na maioria dos estados brasileiros, já se consegue acima de 70% de cobertura de mulheres que se submetem ao exame do Papanicolau. Neste estudo, como foi citado nos resultados da pesquisa, as mulheres que foram entrevistadas, tiveram uma cobertura acima de 80%. Pode-se afirmar que o exame preventivo tem sido feito nos serviços de saúde público e privado, porém é necessário questionar o motivo de não ter havido impacto significativo com a diminuição da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero.

Existem muitas razões para que a mulher tome a decisão de submeter-se à prevenção do Câncer de colo de útero. Algumas barreiras de ordem de organização dos sistemas de saúde já foram abordadas na introdução deste estudo. Porém, no campo da individualidade, a usuária do Sistema de Saúde precisa buscar comportamentos de prevenção, o que se

chama de autocuidado. Teorias têm sido estudadas para compreender os tipos de comportamento e como favorecer mudanças desses.

MODIBBO et al. (2016) apontam várias barreiras que impedem o rastreamento em países em desenvolvimento: diferenças culturais e religiosas, medo do estigma associado ao diagnóstico de câncer, preocupação com a desaprovação do parceiro em relação a fazer a triagem. Ao realizar uma pesquisa na Nigéria, utilizando o Modelo de Crenças em Saúde, detectou que a maioria das participantes não sabia onde ficava o colo de útero e que as informações que recebiam sobre o câncer cervical era através dos meios de comunicação e profissionais de saúde. Demonstraram ter dificuldade em realizar o exame com um profissional do gênero masculino e preferiam realizar o exame com um profissional de saúde do que a autocoleta, como já acontece com o teste de DNA para HPV. Para o autor, na África, é importante a inserção do homem nas campanhas de prevenção, para que as mulheres se sintam mais empoderadas em tomar atitudes preventivas em relação ao câncer de colo de útero.

MCFARLAND (2003) avaliou o MCS com 30 mulheres, em Botswana na África. Verificou que 43% das mulheres relataram baixa susceptibilidade, por realizarem exames preventivos e por evitarem os fatores de risco, e 57% acreditavam que o câncer de colo de útero era incurável. Neste estudo foram apontadas como principais barreiras ao rastreamento: falta de conhecimento (46,7%); atitudes negativas dos profissionais de saúde (46,7%); acesso limitado ao serviço de saúde (33,3%) e falta de confiança nos profissionais (23,3%). HO et al. (2005) avaliaram o MCS quanto ao câncer de mama e

câncer de colo de útero, em 209 mulheres vietnamitas, que residiam no Texas. Dentre os benefícios citados com maior frequência, estão: parte do exame de rotina (76%), compreensão quanto às recomendações de rastreamento (68%), crença de que o Papanicolau detecta o câncer de colo de útero em estágio precoce (55%), sugestão médica (48%) e tranquilidade após realização do exame (38%). Neste estudo, mulheres que relataram maior percepção de barreiras realizaram o exame com menor frequência.

No Brasil, RAFAEL (2009) analisou os fatores impeditivos do acesso às práticas preventivas do câncer do colo uterino em mulheres residentes na área de cobertura das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no Rio de Janeiro. Ele utilizou o MCS, por meio do instrumento de *Champion's Health Belief Model Scale*, especificamente as barreiras de acesso. Medo com relação ao resultado e ao profissional examinador, vergonha e esquecimento foram as principais barreiras de acesso citadas pelas mulheres.

A discussão deste trabalho foi elaborada a partir de uma amostra num município de pequeno porte, com uma representação significativa, em que os resultados corroboram com outras experiências nacionais e internacionais e adicionam discussões, que podem ser consideradas por outros estudos. O Ministério da Saúde esteve em processo de atualização das diretrizes de rastreamento para câncer de colo uterino no ano de 2016, em fase de consulta pública, em que é enfatizada a importância dos estados e municípios trabalharem em rede (RAS), levando em consideração a capacidade técnica, de acesso e logística local. Enfatiza os danos de organizar a demanda de maneira oportunística, ressaltando que 20% a 25%

dos exames têm sido realizados fora do grupo etário recomendado e metade deles com intervalo de um ano ou menos. Levanta, também, a reflexão sobre o tratamento de lesões precursoras em adolescentes e mulheres jovens, o que está associado à morbidade obstétrica e neonatal, além do impacto psíquico sobre autoimagem e sexualidade de um diagnóstico, muitas vezes, mal elaborado (Ministério da Saúde 2016a). Porém, ainda, não abre para o debate de como abordar as mulheres, levando em consideração os aspectos comportamentais de saúde, o que torna ainda mais relevante o levantamento destes problemas na literatura.

Neste estudo, percebe-se que as crenças pessoais influenciam na tomada de decisão sobre o autocuidado em relação à prevenção de câncer de colo uterino. Garantir o acesso ao exame de Papanicolau não é suficiente para se ter a efetividade necessária para redução da mortalidade do câncer de colo de útero. Além disso, na rotina das UBS, as equipes precisam favorecer este cuidado por meio de divulgação do exame, da doença e suas consequências, de maneira franca e respeitando as individualidades das usuárias; busca-ativa no território das mulheres que não frequentam os serviços de saúde e melhorar a qualidade da coleta do exame realizado.

Para isso, o Ministério da Saúde precisa investir na capacitação dos profissionais envolvidos, desde o Agente Comunitário de Saúde ao médico, favorecendo um melhor preenchimento do formulário de requisição do exame citopatológico do colo do útero, como a coleta do material do exame, garantindo a qualidade da amostra. Somando a isso, a equipe de saúde da família precisa planejar o seu rastreamento para investir nas mulheres

assintomáticas de acordo com a faixa etária recomendada, respeitando o intervalo entre os exames e conhecendo a Rede para que os encaminhamentos sejam ofertados.

No monitoramento das ações do controle de detecção de câncer de colo de útero e mama realizadas pelo Ministério da Saúde (2015), relata que, dentre os indicadores, que se observam para avaliar um bom programa de rastreamento está a quantidade de resultados de exames citopatológicos em que devem existir muito mais lesões intraepiteliais escamosas de alto grau – HSIL do que câncer invasor. Essa proporção tem crescido no Brasil em até 33% em 2012, com maior representatividade na região Sul. Em relação à insatisfatoriedade da amostra, essa, ainda, se apresenta acima dos 5% permitido, o que ratifica a necessidade de qualificação para os profissionais que atuam na execução do exame.

Mais um indicador importante é referente à qualidade do exame. Para isso, avalia-se o Índice de positividade, em que se calcula a quantidade de exames com alteração e, assim, detectando as lesões precursoras. O índice aceitável mínimo pela QualiCito é de 3%, porém o país, ainda, não conseguiu atingir essa meta. Por último, também é avaliado o tempo de entrega dos exames para o usuário, segundo o estudo acima, demora em média 10 dias para a coleta chegar do laboratório e 30 dias para o laboratório entregar o resultado aos serviços de saúde. Esses episódios favorecem a diminuição da adesão das mulheres ao rastreamento.

A questão é: Os profissionais que atuam na atenção básica têm ciência do seu papel em relação ao rastreamento de câncer de colo uterino?

A equipe de saúde da família tem se dedicado a monitorar e avaliar suas ações em relação a esse indicador? Têm recebido incentivos para que se dediquem a essa questão? As taxas de morbidade e mortalidade referentes a esse tipo de câncer no território são apresentadas a equipe como retorno do trabalho que tem sido desenvolvido?

Este trabalho dedicou-se a analisar o perfil e os fatores que motivam e/ou impedem as usuárias de se prevenirem em relação ao câncer de colo uterino. É relevante que outras variáveis também sejam estudadas, como quais são os fatores que têm dificultado os profissionais a garantir as recomendações do Ministério da Saúde em relação ao câncer do estudo a fim de avançar no programa de rastreamento e, de fato, reduzir a mortalidade do câncer cervical que, infelizmente, só cresce nos países em desenvolvimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, foi possível investigar o comportamento de mulheres, usuárias de UBS, de 25 a 64 anos, acerca da prevenção do câncer de colo de útero por meio do exame preventivo Papanicolau. Detectou-se, no município estudado, que uma maior parte das mulheres que fazem o exame de prevenção na atenção básica, submete-se a esse numa periodicidade semestral ou anual, que só é recomendada para casos em que a mulher se encontra com algum problema de saúde relacionado a tal problemática, como alteração do exame Papanicolau anterior. Pelo instrumento da pesquisa, somente 20,4% dessas mulheres, provavelmente, precisariam repetir o exame, já que elas sinalizaram que fizeram o preventivo devido a sintomas com histórico ginecológico. Além disso, há uma parcela pequena, porém preocupante, de usuárias que nunca se submeteram ao exame ou que não se preocupam em fazê-lo numa periodicidade de pelo menos a cada três anos, que devem ser identificadas nas UBS e as equipes de saúde da família planejar atividades que envolvam essas mulheres sobre a relevância de submeter-se a esse tipo de prevenção.

O perfil socioeconômico das usuárias que frequentam as UBS, conforme o estudo, são mulheres de baixa renda, adultas-jovens, com escolaridade, em sua maioria, de ensino fundamental, e muitas delas, por não terem acesso ao Sistema Único de Saúde, acabam realizando o exame

preventivo na rede privada. Segundo elas, a demora do resultado, a falta de vínculo com os profissionais de saúde e também a falta de credibilidade em relação à qualidade do exame fazem com que elas procurem a rede complementar para que elas se previnam em relação ao câncer de colo de útero, mesmo que a renda mensal não favoreça a tal prática. O questionário de Champion aponta como possível barreira o custo de exame, e a maioria das entrevistadas relatam que não acham caro devido à relevância do mesmo.

Em relação aos fatores motivacionais que levam as mulheres a se prevenirem em relação ao câncer de colo de útero é que elas, de fato, acreditam que o exame Papanicolau ajuda sim a detectar a doença precocemente, minimizando os efeitos do câncer quando descoberto no início. Esses dados são relevantes porque reafirmam a credibilidade do exame já descrito na literatura e favorecem a gestão incentivar a prática desse até pelo baixo custo com que ele é oferecido. Já os fatores impeditivos, para que as mulheres queiram se prevenir, baseiam-se na vergonha e no medo de submeterem-se ao exame, o que nos remete à importância de as equipes de saúde da família incentivarem que esse tema seja discutido com a família como um todo, nas escolas e nos espaços em que as mulheres estejam presentes; como intensifica o papel dos Agentes Comunitários de Saúde a se planejarem em relação a atividades e informações que amenizem as crenças como também o esquecimento das mulheres de submeterem-se ao exame Papanicolau.

Por último, é interessante pensar em outras estratégias de prevenção de colo do útero, principalmente, que amenizem as queixas em relação à dificuldade de deslocamento ou acesso às UBS e também as mulheres que não se sentem à vontade para submeter-se ao exame Papanicolau. Um método que tem sido bem aceito pelos pesquisadores é o teste HR-HPV, que já está disponível para os pacientes que podem adquiri-lo na rede complementar e que tem tido resultados semelhantes ou até melhores que o exame convencional. Neste estudo, houve uma grande aceitabilidade por parte das mulheres de também utilizarem esse recurso como alternativa de prevenção do câncer de colo de útero o que deve ser considerado pelo SUS como mais uma estratégia de prevenção do câncer citado acima.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-Datasus. **Sistema de Informações da Atenção Básica**. 2015. Disponível em: <URL:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFPE.def>> [2016 jul 26].

Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-Datasus. **CNES**. 2015. Disponível em: <URL:http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=01613731000175&Vestado=26&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20LAGOA%20GRANDE> [2017 fev 7].

Coleta MFD. O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. **Temas Psicol** 1999; 7:175-82.

Doroteu JB. **Conhecimento, atitude e prática de mulheres presidiárias sobre o exame papanicolau**. 2014. Disponível em: <URL:<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/4552/1/Monografia%202013%20%20vers%C3%A3o%20CD.pdf>> [2017 abril 14].

Duran ET. Examination with the health belief model of women's attitudes to cervical cancer and early diagnosis in Turkey: a qualitative study. **Asian Pac J Cancer Prev** 2011; 12:1179-84.

Grou FIM. **Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e reto**. Algarve; 2007 [Dissertação de Mestrado-Universidade do Algarve].

Guvenc G, Akyuz A, Açikel CH. Health belief model scale for cervical cancer and pap smear test: psychometric testing. **J Adv Nurs** 2011; 67:428-37.

Ho V, Yamal JM, Atkinson EN, Basen-Engquist K, Tortolero-Luna G, Follen M. Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese women in Harris County, Houston, Texas. **Cancer Nurs** 2005; 28:119-29; quiz 130-1

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pernambuco » Lagoa Grande: infográficos: dados gerais do município**. 2010. Disponível em: <URL:<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=260875&search=|lagoa-grande>> [2015 ago 07].

Khodakarami N, Farzaneh F, Yavari P, Akbari ME. Cervical cancer screening: recommendations for Muslim Societies. **Asian Pac J Cancer Prev** 2016; 17:239-47.

Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade E, Amorim MHC. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. **Rev Bras Cancerol** 2012; 58:417-26.

Mcfarland DM. Cervical cancer and Pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions. **Int Nurs Rev** 2003; 50:167-75.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto nacional de câncer. Coordenação de prevenção e vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Rio de Janeiro: INCA; 2004. 15p.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação geral de ações estratégicas. Divisão de apoio à rede de atenção oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012a. Disponível em: <URL:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> [2016 jul 7].

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2012b. Disponível em: <URL:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> [2016 ago 7].

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Informativo detecção precoce**. Boletim ano 6, n.1, janeiro/abril de 2015. Disponível em: <URL:www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/deteccao_precoce_12015.pdf> [2017 abr 16].

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Versão preliminar-Atualização. Rio de Janeiro: INCA; 2016a.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2016b.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Programa nacional de controle de câncer de colo de útero**. 2016c. Disponível em: <URL:http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterro> [2016 jul 26].

Ministério da Saúde. **Tire dúvidas sobre a vacinação contra o HPV para meninos**. Disponível em: <URL:<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/01/tire-duvidas-sobre-a-vacinacao-contr-o-hpv-para-meninos>> [2017 mar 26].

Modibbo FI, Dareng E, Bamisaye P, et al. Qualitative study of barriers to cervical cancer screening among Nigerian women. **BMJ Open** 2016; 6:e008533.

Nascimento MI. **Estudo de acesso ao exame preventivo do câncer do colo do útero na baixada Fluminense**. Rio de Janeiro; 2011. [Tese de Doutorado-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca].

Rafael RMR. **Barreiras na prevenção do câncer do colo uterino: uma análise mediada pelo modelo de crenças em saúde e sob a perspectiva da estratégia de saúde da família**. Rio de Janeiro; 2009. [Dissertação de Mestrado-Universidade Estácio de Sá].

Rodrigues DE, Moreira, KFA, Oliveira, TS. Barriers to prevention of cervical cancer in the city of Porto Velho, Rondônia, Brazil. **Invest Educ Enferm** 2016; 34:58-66.

Santos EMM. Modelo de crenças em saúde. **GBETH Newsletter** 2005; 3:1-4.

Santos EMM. **Modelo de crenças em saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal**. São Paulo; 2008. [Tese Doutorado-Fundação Antônio Prudente].

Silva MRB, Silva LGP. O conhecimento, atitudes e prática na prevenção do câncer uterino de uma unidade da zona oeste Rio de Janeiro. **Rev Pesq Cuid Fundam** 2012; 4:2483-92.

Silva TBC. **Percepção de risco para câncer e comportamentos preventivos em uma amostra de usuários de um ambulatório de aconselhamento genético oncológico**. Ribeirão Preto; 2010. [Dissertação de Mestrado-Universidade de São Paulo].

Smith RA, Andrews K, Brooks D, et al. Cancer screening in the United States, 2016: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. **CA Cancer J Clin** 2016; 66:96-114.

Vale DBAP. **Impacto do rastreamento do câncer do colo do útero na prevalência de resultados citológicos**. Campinas; 2013. [Tese de Doutorado-Universidade Estadual de Campinas].

Ying H, Jing F, Fanghui Z, Youlin Q, Yali H. High-risk HPV nucleic acid detection kit-the care HPV test -a new detection method for screening. **Sci Rep** 2014; 4:4704.

Zeferino LC, Derchain SF. Cervical cancer in the developing world. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol** 2006; 20:339-54.

Apêndice 1 – Questionário individual tipo A adaptado

FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE/UNIVASF MESTRADO EM CIÊNCIAS – ÁREA ONCOLOGIA

Nome da Voluntária: _____

UBS: _____ Microárea: _____ ACS: _____

Endereço: _____

Telefones: _____ Data da entrevista: _____

MÓDULO I – SOCIOECONÔMICO

1. Quantos anos a Sra. tem? [_ | _] anos.

2. Como a Sra. classifica a sua cor/etnia?

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena

3. A Sra. sabe ler e escrever?

- (1) Sim (0) Não

4. Qual a sua escolaridade?

- (0) Nenhuma.
- (1) Primário incompleto.
- (2) Primário completo.
- (3) Ginásial incompleto.
- (4) Ginásial completo.
- (5) Colegial incompleto
- (6) Colegial completo
- (7) Superior incompleto.
- (8) Superior completo.

5. Qual a sua situação conjugal?

- (1) Casada/União consensual (Passe 7)
- (2) Separada/Divorciada/Desquitada
- (3) Solteira
- (4) Viúva

6. Possui parceiro fixo?

- (1) Sim (0) Não

7. Em média, qual a sua renda mensal? R\$ [_ | _] [_ | _] [_ | _] [_ | _]

8. A Sra. tem filhos? Quantos?

- (1) sim (2) não [_ | _] filhos.

9. Quantas pessoas moram na sua residência? [_ | _]
pessoas.

MÓDULO II–EXAMES PARA DETECÇÃO DE CÂNCER DO COLO DE ÚTERO E USO DE HORMÔNIOS

10. A Sra. alguma vez fez exame preventivo?

(1) Sim (0) Não (passe 17)

11. Quantos exames preventivos a Sra. fez nos últimos 12 meses?

[_] Exames (0) Nenhum

12. Em que mês e ano a Sra. fez o seu último exame preventivo?

[_] Mês e [_] Ano Ou [_] Idade Ou(777) NR/NS

13. Na última vez que a Sra. fez o exame preventivo, a Sra. fez:

Entrevistador: Leia as alternativas.

(1) Como exame de rotina, não apresentando nenhum problema visível no momento do exame (passe 15)

(2) Para checar/ examinar problemas existentes ou anteriores ao momento do exame.

(3) Outros _____(especifique) (passe 15)

(777) NS/NR (Não leia) – Passe para 15

14. Que problema ?

Entrevistador: Leia as alternativas.

(1) Problema que pode levar a câncer de colo do útero / infecção por HPV

(2) Corrimento

(3) Outros _____(especifique)

(777) NS/NR (Não leia)

15. Na última vez que a Sra. fez o preventivo, a Sra usou o Sistema Único de Saúde, quer dizer, procurou atendimento público gratuito?

(1) Sim (0) Não

16. Desde a 1ª vez que a Sra. fez o preventivo, com frequência a Sra. fez outros exames preventivos?

(1) 6 em 6 meses

(2) Anualmente

(3) 1 vez a cada 2 anos

(4) 1 vez a cada 3 anos

(5) 1 vez a cada 4 – 5 anos

(6) 1 vez a cada 6 – 10 anos

(7) Menos frequente a cada 10 anos

(8) Só fez uma vez na vida

(9) Variável

(777) NS/NR

17. *Sra. já ficou grávida?*

(1) Sim (0) Não (passe 24)

18. *Quantas vezes a Sra. ficou grávida?*

[_] [_] Vezes

19. *Com que idade a Sra. teve a sua primeira gravidez?*

[_] [_] Idade ou [_] [_] [_] [_] Ano da primeira gravidez ou [_] [_] Idade do primeiro filho

20. *A Sra. teve filhos nascido vivos?*

(1) Sim (0) Não (passe 24)

21. *Quantos filhos vivos a Sra. teve?*

[_] [_] Filhos

22. *A Sra. amamentou algum de seus filhos, mesmo que por período curto?*

(1) Sim (0) Não (passe 24)

23. *Em média, quanto tempo a Sra. amamentou cada filho?*

(0) Não amamentei

(1) Menos de 6 meses

(2) Entre 6 meses e 1 ano

(3) Entre 1 e 2 anos

(4) Mais de dois anos

24. *A Sra. já tomou pílulas anticoncepcionais, quer dizer pílulas para evitar a gravidez, seja para evitar a gravidez, seja por algum outro motivo?*

(1) Sim (0) Não (passe 27)

25. *Atualmente, a Sra. toma pílulas anticoncepcionais?*

(1) Sim (0) Não

26. *Durante quanto tempo a Sra. toma (ou tomou) pílulas anticoncepcionais?*

[_] [_] Anos [_] [_] Meses

27. *Com que idade a Sra. ficou menstruada pela primeira vez?* [_] [_] Anos

28. *A Sra. já fez alguma cirurgia para retirada de útero e ovários?*

(0) Sim

(1) Não

29. *A Sra. retirou:*

(1) Só o útero

(2) Útero e 1 ovário

(3) Útero e 2 ovários

(4) Só 1 ovário

(5) 2 ovários

30. A Sra. sabe o que é menopausa?

(1) Sim

(0) Não

31. A Sra. já entrou na menopausa ou algum médico lhe disse que a Sra. estava apresentando sintomas da menopausa?

(1) Sim

(0) Não (passe para o módulo III do instrumento)

(777) NS/NR (passe para o módulo III do instrumento)

32. Com que idade a Sra. entrou na menopausa? [_] [_] Anos (777) NS/NR

33. Algumas vezes, os médicos receitam medicamentos que são hormônios para o tratamento dos sintomas da menopausa. Esses medicamentos, chamados de hormônios de reposição, podem ser usados em forma de gel para passar no corpo, em forma de adesivo ou em forma de comprimidos ou creme vaginais. A Sra. usa ou já usou algum medicamento deste tipo para a menopausa?

(1) Sim

(0) Não (passe para o módulo III)

(777) NS/NR (passe para o módulo III)

34. Por quanto tempo? [_] [_] Anos e [_] [_] Meses

MÓDULO III – AUTO COLETA HR-HPV

35. O teste HR-HPV foi desenvolvido para detectar 14 tipos de HPV. O material é coletado pela própria paciente, com a eficiência comprovada como o exame preventivo. A Sra. se submeteria a este tipo de auto coleta? (1) sim (0) não

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO: COMPORTAMENTOS DE USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE.

Nome do pesquisador responsável: MICHELLY BEZERRA DOS SANTOS RABELO

Nome do Orientador: Dr. GLAUCO BAIOCCHI NETO

1. Natureza da pesquisa: A Senhora está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como objetivo investigar o comportamento das usuárias das Unidades Básicas de Saúde do município de Lagoa Grande referente a prevenção de câncer de colo uterino utilizando o Modelo de Crenças em Saúde.

2. Participantes da pesquisa: A população do estudo será usuárias das Unidades Básicas de Saúde que se localiza no município de Lagoa Grande – PE. A amostra será composta por mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos, sexualmente ativas e que tenham cérvix. Estima-se a aplicação de 427 questionários no total nas nove Unidades de Saúde do município citado acima.

3. Envolvimento na pesquisa: ao participar deste estudo a Senhora permitirá que a pesquisadora colete dados sobre sua percepção sobre prevenção de câncer de colo uterino. A Senhora tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a Senhora. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

4. Sobre as entrevistas: serão realizadas na sala de espera da Unidade de Saúde no dia da consulta ou no domicílio, se assim a participante da pesquisa autorizar.

5. Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, havendo riscos e desconfortos mínimos pelo constrangimento em responder algumas perguntas, mas nesta situação, a participante poderá interromper livremente sua cooperação. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/126. Do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

7. Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e seu orientador (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

8. Benefícios: ao participar desta pesquisa a Senhora não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo promova o conhecimento de qual o perfil das mulheres de idade prioritária para prevenção de câncer de colo uterino, qual o comportamento preventivo em relação esse tema e quais as crenças individuais que impedem ou motivam à prática de adesão as recomendações solicitadas nos serviços de saúde, baseadas no Ministério da Saúde. Espera-se que estudando estes aspectos auxiliem no planejamento dos serviços de saúde no âmbito da assistência e da gestão, e servir de suporte para futuras pesquisas que levem em consideração os aspectos comportamentais e sociais nos problemas de saúde, onde a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

9. Pagamento: a Senhora não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Michelly Bezerra dos Santos Rabelo

Orientador: Glauco Baiocchi Neto

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa: Professor Alvaro Rego Millen Neto

Vice-Coordenadora: Deuzilane Muniz Nunes

Anexo 1 - Escala do modelo de crenças em saúde de Champion

ESCALA DO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE DE CHAMPION

Agora eu farei algumas afirmativas sobre como a Senhora se sente em relação à doença e ao exame preventivo. Gostaria que a Senhora respondesse para cada afirmativa que eu fizer, se discorda totalmente, apenas discorda, se não discorda e nem concorda, se concorda ou se concorda totalmente. Não se preocupe, pois a cada afirmativa que eu fizer, irei ler as opções de resposta.

Entrevistador: leia as perguntas, informando as opções de resposta em todos os quadros que se seguem.

	Susceptibilidade				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo, nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Tenho certeza que vou ter câncer de colo do útero algum dia.	1	2	3	4	5
2. Acho que vou ter câncer do colo do útero algum dia.	1	2	3	4	5
3. Tenho grande chance de ter câncer do colo do útero nos próximos 10 anos.	1	2	3	4	5
4. Minha chance de ter câncer do colo do útero é grande.	1	2	3	4	5
5. Tenho mais chance de ter câncer do colo do útero que as outras pessoas.	1	2	3	4	5

	Gravidade				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo, nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A idéia de câncer do colo do útero me apavora.	1	2	3	4	5
2. Quando eu penso em ter câncer do colo do útero, meu coração dispara.	1	2	3	4	5
3. Tenho medo até de pensar em câncer do colo do útero.	1	2	3	4	5
4. Os problemas que eu teria com câncer do colo do útero iriam durar muito tempo.	1	2	3	4	5
5. O câncer do colo do útero pode ameaçar minha relação com meu parceiro.	1	2	3	4	5

Gravidade					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo, nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Se eu tivesse câncer do colo do útero, minha vida toda iria mudar.	1	2	3	4	5
7. Se eu tiver câncer do colo do útero, não vou viver mais que cinco anos.	1	2	3	4	5

Benefícios					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo, nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Quando eu faço o exame preventivo que o médico mandou, eu fico aliviada.	1	2	3	4	5
2. Quando eu faço o exame preventivo, não me preocupo muito com o câncer do colo do útero.	1	2	3	4	5
3. Fazer o exame preventivo ajuda a descobrir logo o câncer do colo do útero.	1	2	3	4	5
4. Fazer o exame preventivo diminui a chance de eu morrer de câncer do colo do útero.	1	2	3	4	5
5. Fazer o exame preventivo diminui a chance de eu ter uma cirurgia grande se eu tiver câncer do colo do útero.	1	2	3	4	5

Barreiras					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo, nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Fico com vergonha de fazer o exame preventivo.	1	2	3	4	5
2. Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer o exame preventivo.	1	2	3	4	5
3. Tenho medo de fazer o exame preventivo porque eu não sei o que vão fazer comigo	1	2	3	4	5
4. Não sei o que fazer para marcar o exame preventivo.	1	2	3	4	5

Barreiras					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo, nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
5. O preparo para fazer o exame preventivo vai demorar muito.	1	2	3	4	5
6. Acho que o exame preventivo vai deve doer muito.	1	2	3	4	5
7. O pessoal que faz a exame preventivo pode ser grosseiro.	1	2	3	4	5
8. É difícil arrumar condução para ir fazer o exame preventivo.	1	2	3	4	5
9. Tenho coisas mais importantes para fazer do que o exame preventivo.	1	2	3	4	5
10. O exame preventivo vai atrapalhar minha vida.	1	2	3	4	5
11. O exame preventivo é muito caro.	1	2	3	4	5
12. Sempre me esqueço de marcar o exame preventivo	1	2	3	4	5

Anexo 2 – Carta de Anuência



Lagoa Grande-PE, 28 de agosto de 2015

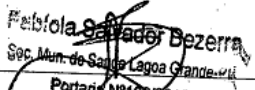
CARTA DE ANUÊNCIA

Conforme solicitação da fisioterapeuta **Michelly Bezerra dos Santos Rabelo**, aluna do Curso de Mestrado em Ciências, área de concentração Oncologia pela Fundação Antônio Prudente (FAP)/Univasf, Petrolina – PE e responsável pela pesquisa intitulada **MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO: COMPORTAMENTOS DE USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE**, sob a orientação do Professor Glauco Baiocchi Neto, Docente da FAP – São Paulo, concordamos em participar e disponibilizar o acesso as Unidades Básicas de Saúde para a coleta de dados de mulheres de 25 a 64 anos deste serviço, de acordo com o previsto na metodologia da pesquisa.

Ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que nos são assegurados os requisitos abaixo, concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento:

- Cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 (CNS, 2012) e demais recomendações do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação da pesquisa pelo de Ética em Pesquisa da Univasf ou da FAP;
- Garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haver nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar a nossa anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Atenciosamente,


Fabíola Salvador Bezerra
Sec. Mun. de Saúde Lagoa Grande-PE
Portaria Nº 109/2015
Secretaria de Saúde de Lagoa Grande-PE