

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA ADESÃO DAS MULHERES
À CONSULTA DE RETORNO PARA RECEBER O RESULTADO DO EXAME DE
PAPANICOLAOU**

**FORTALEZA
2008**

CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA ADESÃO DAS MULHERES
À CONSULTA DE RETORNO PARA RECEBER O RESULTADO DO EXAME DE
PAPANICOLAOU**

Dissertação de Mestrado submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Karina Bezerra Pinheiro

**FORTALEZA
2008**

CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA ADESÃO DAS MULHERES
À CONSULTA DE RETORNO PARA RECEBER O RESULTADO DO EXAME DE
PAPANICOLAOU**

Dissertação de Mestrado submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Aprovada em : 19/12/2008

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Vieira
1º membro

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
2º membro

Profa. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura
Suplente

**FORTALEZA
2008**

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, pelos dons e talentos que me deu a fim de desempenhar essa tarefa, pois sem Ele nada disso seria possível;

Ao meu marido, Ananias, meu grande incentivador, pela compreensão, carinho, amor e paciência nos momentos mais difíceis;

À minha orientadora e amiga, Karina, pelos conselhos, orientações e motivação durante esta trajetória;

Ao grupo de pesquisa de Saúde Sexual e Reprodutiva, em especial, Ana Rita, Roberta e Lilian, pela cooperação durante a coleta dos dados;

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

“O temor do SENHOR é o princípio do saber, mas os loucos desprezam a sabedoria e o ensino.”

(Bíblia Sagrada – Provérbios 1:7)

RESUMO

É fato que a problemática relacionada ao não retorno das mulheres para receber o resultado do exame preventivo tem causas multifatoriais, no entanto, partimos do pressuposto que a educação perpassa todas essas áreas e que se realizada de forma dialógica e reflexiva levará às mulheres da passividade à criticidade, de forma a serem sujeitos no processo de adoção de comportamentos saudáveis e busca pela melhoria dos serviços de prevenção do CCU. Este trabalho trata-se de um estudo experimental randomizado, cujo objetivo foi avaliar os efeitos de uma intervenção educativa sobre o exame de Papanicolaou em relação à adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado. O local selecionado para realização do estudo foi o Centro de Saúde da Família (CESAF) Aída Santos e Silva, situado no bairro Vicente Pinzon, em uma área da periferia da cidade de Fortaleza-CE. A população do estudo foi composta pelas mulheres que realizaram o exame de prevenção do CCU no referido CESAF. A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a julho de 2008, sendo realizada em três etapas para o grupo de intervenção (inquérito CAP, intervenção educativa e consulta de retorno), e em duas etapas para o grupo controle (inquérito CAP e consulta de retorno). Os dados foram compilados e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Para todas as análises, um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Durante a pesquisa foram realizados 261 inquéritos CAP (150 do grupo intervenção e 111 do grupo controle). No entanto, foram excluídas do estudo, 11 mulheres (09 do grupo intervenção e 02 do grupo controle) por não terem realizado o exame de Papanicolaou, o que totalizou uma amostra de 250 mulheres (141 do grupo intervenção e 109 do grupo controle). Quanto ao conhecimento sobre o Papanicolaou, apenas 40,4% foram classificadas com conhecimento adequado. Em relação à atitude e prática das mulheres frente ao exame, o percentual de adequação foi de 28% e 67,6% respectivamente. Das 230 (92%) mulheres que retornaram para a consulta no presente estudo, 173 (75,2%) compareceram na data aprazada e 57 (24,8%) após a data aprazada. Esses dados são relevantes, na medida em que permitem afirmar que somente o fato de ter consulta de retorno, como no caso do grupo controle ($n = 110$), a taxa de exames retidos na instituição caiu de 23,98% para 10,0%. Quando se associou a consulta de retorno à intervenção educativa (grupo intervenção/ $n = 140$), essa taxa baixou para 6,4%. A aplicação da estratégia elaborada durante esta pesquisa demonstrou sua efetividade, na medida em que despertou o interesse das mulheres, mesmo as que eram do grupo controle, em participar da intervenção educativa e em debater sobre a problemática em questão. A eficácia da intervenção educativa aplicada durante o estudo pode ser comprovada através da diminuição da taxa de não retorno à unidade de aproximadamente 24% para 6%. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as taxas de não retorno dos grupos controle e intervenção. O resultado desta pesquisa demonstrou que é primordial a garantia de consulta de retorno às mulheres que realizam o exame de Papanicolaou em um dia normatizado pela instituição, com flexibilidade no atendimento às mulheres que não comparecem na data aprazada, para diminuir as taxas de não retorno. Além disso, quando associada a garantia de consulta de retorno à utilização da intervenção educativa sugerida nesta pesquisa, a taxa de não retorno é bem menor, assim pode-se garantir serviço de qualidade na prevenção e controle do câncer cérvico-uterino.

Palavras-Chave: prevenção de câncer de colo uterino; saúde da mulher; educação em saúde; enfermagem.

ABSTRACT

It is a fact that the issue not related to the return of women to receive the result of preventive examination has multifactorial causes, however, on the assumption that education permeates all these areas and are held in a reflective dialogue and take the women's passivity criticality, resulting in the subject in the process of adoption of healthy behaviors and search for improved services for the prevention of CCU. This study is a randomized experimental study, whose goal was to evaluate the effects of an educational intervention on the examination of Papanicolaou on relation to the rate of return of women to receive the result. The site selected for the study was the Center for Family Health (CESAF) Aída Santos e Silva, located in the neighborhood Vincent Pinzon, an area in the outskirts of the city of Fortaleza-CE. The study population was composed of women who underwent the examination to prevent the CCU in that CESAF. The data collection happened in the period from February to July 2008, being held in three stages for the intervention group (KAP survey, educational intervention and follow-up visit), and in two steps for the control group (KAP investigation and consultation with return). The data were compiled and analyzed by statistical program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 13.0. For all tests, a p-value <0.05 was considered statistically significant. During the search was conducted 261 investigations KAP (150 of the intervention group and 111 in the control group). However, they were excluded from the study, 11 women (09 of the intervention group and 02 in the control group) for not having conducted an examination of Papanicolaou, which totaled a sample of 250 women (141 of the intervention group and 109 in the control group). As for knowledge about the Pap, only 40.4% were classified with appropriate knowledge. Regarding the attitude and practice of women facing the exam, the percentage of adequacy was 28% and 67.6% respectively. Of the 230 (92%) women who returned to the query in this study, 173 (75.2%) attended the due date and 57 (24.8%) after the due date. These data are relevant, as they will only say that the fact of having follow-up visit, as in the control group (n = 110), the rate of examinations held in the institution fell from 23.98% to 10.0%. When it joined the follow-up visit to the educational intervention (intervention group / n = 140), the rate fell to 6.4%. The implementation of the strategy developed during this search, using the concepts of Freire (1989), as well as the use of pictures, showed its effectiveness, in that it attracted the interest of women, even those that were in the control group, to participate in the educational intervention and discuss the issue in question. The effectiveness of educational intervention implemented during the study may be secured by lowering the rate of no return to the unit of about 24% to 6%. There was no statistically significant difference between the rates of return on non-intervention and control groups. The result of this research has shown that it is vital to ensuring the follow-up visit to the women who perform the examination of Pap in a day standardized by the institution, with flexibility in caring for women who did not attend the due date, to reduce the rates of no return. Moreover, when coupled with assurance of follow-up visit to the use of educational intervention suggested in this study, the rate of no return is much lower, so you can ensure service quality in the prevention and control of cervical cancer.

Key-words: cervix neoplasms prevention; women's health; health education; nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Fluxograma da coleta de dados	29
TABELA 1	Distribuição da amostra de acordo com a finalidade do exame de Papanicolaou referida pelas participantes. Fortaleza, Ceará, 2008...	38
GRÁFICO 1	Distribuição da amostra de acordo com os cuidados necessários para realização do exame de Papanicolaou citados pelas participantes. Fortaleza, Ceará, 2008.....	40
TABELA 2	Avaliação percentual da adequação do conhecimento, da atitude e da prática sobre o exame de Papanicolaou, segundo as características estudadas. Fortaleza, Ceará, 2008	41
TABELA 3	Distribuição da amostra segundo o motivo para realização do exame de Papanicolaou referido pelas participantes. Fortaleza, Ceará, 2008.....	42
GRÁFICO 2	Distribuição das mulheres segundo a periodicidade do exame e as variáveis relacionadas ao conhecimento e retorno. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008	43
TABELA 4	Comparação das variáveis de identificação nos grupos controle e intervenção. Fortaleza, 2008	53
GRÁFICO 3	Comparação do número de exames realizados em relação ao número de não retorno nos anos de 2007 e 2008. CESAF Aída Santos e Silva, Fortaleza, Ceará, 2008	54
TABELA 5	Avaliação do retorno por grupo pesquisado. Fortaleza, Ceará, 2008	55
TABELA 6	Distribuição da amostra* segundo o grupo pesquisado e o retorno para receber o resultado anterior e o atual. Fortaleza, Ceará, 2008...	56
GRÁFICO 4	Distribuição dos fatores relacionados às maiores porcentagens de não comparecimento à consulta de retorno. Fortaleza, Ceará, 2008	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGUS	Alteração em Células Glandulares de Significado Indeterminado
ASCUS	Alteração em Células Escamosas de Significado Indeterminado
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CCU	Câncer de Colo Uterino
CESAF	Centro de Saúde da Família
DP	Desvio-padrão
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
HPV	Papiloma Vírus Humano
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	19
2.1	Geral	19
2.2	Específicos	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
4	METODOLOGIA	26
4.1	Tipo de estudo	26
4.2	Descrição do local da pesquisa	26
4.3	População e amostra	27
4.4	Coleta de dados	29
4.4.1	1ª Etapa - Inquérito CAP	30
4.4.2	2ª Etapa - Intervenção educativa	32
4.4.3	3ª Etapa - Consulta de Retorno	35
4.5	Análise dos dados	36
4.6	Aspectos éticos e legais	36
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	37
5.1	Conhecimento, atitude e prática das mulheres em relação ao exame de Papanicolaou	37
5.2	Desenvolvimento da intervenção educativa	48
5.3	Avaliação dos efeitos da intervenção educativa	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERENCIAS	61
	APÊNDICES	68
	ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO

Diferentemente dos demais cânceres humanos, o Câncer de Colo Uterino (CCU) é evitável, já que apresenta evolução lenta, com longo período desde o desenvolvimento das lesões precursoras ao aparecimento do câncer (SARAIYA et al., 2002). Apesar de apresentar o maior potencial de prevenção e cura (próximo de 100%), quando diagnosticado precocemente, o CCU é o segundo tipo de câncer mais freqüente na população feminina, tendo sido responsável por mais de 250.000 mortes em 2005, sendo que 80% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007).

O CCU é um problema de saúde pública devido às suas altas taxas de prevalência e de mortalidade em mulheres de nível social e econômico baixos, e em fase produtiva de suas vidas. O que indica uma forte associação deste tipo de câncer com as condições de vida precárias, os baixos índices de desenvolvimento humano, a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento de lesões precursoras (BRASIL, 2006a).

As mulheres, uma vez doentes, ocupam leitos hospitalares comprometendo seus papéis no mercado de trabalho e sendo privadas do convívio familiar, acarretando um prejuízo social considerável (BRENNA et al., 2001). Segundo o Ministério da Saúde, em 2006, mais de dois milhões de mulheres entre 10 a 49 anos de idade foram internadas nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). Destas, aproximadamente 200 mil por câncer em geral (BRASIL, 2006b).

O Brasil, em 2003 apresentou coeficiente de incidência para o CCU de 18,32 por 100.000 mulheres e coeficiente de mortalidade de 4,58 por 100.000 mulheres (BRASIL, 2001a). Em 2005, morreram 63.504 mulheres de 10 a 49 anos de idade no país e, destas, 13.377 por câncer de maneira geral, ocupando esta patologia a primeira posição no conjunto das causas de morte em mulheres. O número de casos novos de câncer de colo do útero esperados para o Brasil em 2006 foi de 19.260, com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2005). O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil no ano de 2008 é de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2007).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000) ocupa a segunda posição mais freqüente e no Sudeste (18/100.000) a quarta posição (BRASIL, 2007).

Em relação aos estados do Nordeste, o Ceará ocupa o quinto lugar em número de casos estimados para 2008, com taxa de 17,8 casos/100.000mulheres. Perde para os estados de Sergipe (24,0/100.000), Pernambuco (22,73/100.000), Piauí (21,31/100.000) e Maranhão (19,67/100.000) (BRASIL, 2007). Em Fortaleza, capital do Ceará, vêm aumentando gradativamente as taxas de mortalidade em mulheres por CCU, com os seguintes dados: 3,85/100.000 em 1999, 4,13/100.000 em 2000, 4,73 em 2001 e 5,42 em 2002. Enquanto a razão entre os exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária tem decaído nos últimos anos: 0,19 em 2000, 0,23 em 2001, 0,24 em 2002, 0,20 em 2003 e 0,18 em 2004 (BRASIL, 2005).

Em 2008, são estimados 770 casos novos de CCU a cada 100.000 mulheres para o estado do Ceará (BRASIL, 2007).

Vários fatores de risco estão envolvidos na oncogênese cervical: baixas condições sócio-econômicas, iniciação sexual precoce, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo, déficit de higiene, baixa ingestão de vitaminas, uso prolongado de contraceptivos orais, entre outros (BRASIL, 2002; BRASIL, 2007). Contudo, a presença de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) é condição necessária para o surgimento do câncer de colo uterino. Aproximadamente todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV. Destes, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18 (FREITAS et al., 2006; DERCHAIN, LONGATTO FILHO e SYRJANEN, 2005; ANDRADE et al.,2006; BRASIL, 2007).

Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países, como a agência para regulamentação de medicamentos americana - Food and Drug Administration (FDA)/U.S., e a brasileira - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS), aprovaram para comercialização a primeira vacina desenvolvida para a prevenção das infecções mais comuns que causam a condilomatose genital (HPV 6 e 11) e o câncer do colo do útero (HPV 16 e 18). A incorporação da vacina contra HPV pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta para o controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 2007).

As estratégias de prevenção secundária ao CCU consistem no diagnóstico precoce das lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento

ou *screening* compreendidas pela colpocitologia oncótica ou teste de Papanicolaou, colposcopia, cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA do HPV em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos. O exame colpocitológico ou teste de Papanicolaou, dentre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do CCU, sendo uma técnica amplamente difundida há mais de 40 anos (PINHO e FRANÇA JÚNIOR, 2003).

No Brasil, o exame citopatológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos. É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "in situ". Para tanto é necessário garantir a organização, integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (BRASIL, 2007).

Não se justificam, portanto, os números elevados de morte entre as mulheres em função de uma doença cuja prevenção se mostra tão eficaz quando implementada adequadamente. No entanto, ao analisar as estatísticas dos casos em nossa realidade, é preciso considerar que a prevenção não deve ser condição que se planeje, organize isoladamente e desvinculada do contexto social. A prevenção envolve políticas públicas, ações profissionais e a participação da população. Essas ações articuladas resultarão em benefícios para os usuários do sistema de saúde, à medida que considerem e trabalhem efetivamente essas variáveis (PELLOSO, CARVALHO e HIGARASHI, 2004).

O Ministério da Saúde desenvolve, em âmbito nacional, várias estratégias para aumentar a oferta do exame de Papanicolaou e o manejo adequado dos casos. Em 1998 e em 2002 foram desenvolvidas campanhas para realização do exame de prevenção do CCU, prioritariamente, em mulheres na faixa etária de 35-49 anos de idade que nunca haviam realizado exame citopatológico (BRASIL, 2002). Além das campanhas, a oferta deste exame também faz parte de uma das ações prioritárias de saúde da mulher desenvolvida pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2001b).

Considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*” (PNAISM), em parceria com diversos setores da sociedade, com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Essa Política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como

princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer (BRASIL, 2006c).

No entanto, apesar dos esforços envidados pelo Governo, a cobertura deste exame na população feminina brasileira ainda é baixa (ELUF-NETO e NASCIMENTO, 2001). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como necessária uma cobertura de 80% da população feminina, para obtenção de impacto epidemiológico na frequência e distribuição do CCU (OMS, 2007). Conseqüentemente, se a cobertura populacional do exame de Papanicolaou, no Brasil, foi baixa nas últimas décadas, não houve significativa redução da taxa de mortalidade por este câncer nos últimos anos (BRENNNA et al., 2001).

Aproximadamente 40% das mulheres brasileiras nunca foram submetidas ao exame preventivo de Papanicolaou (BRASIL, 2001a) e, apenas cerca de 7,7% das mulheres brasileiras são cobertas por programas governamentais de prevenção e controle do CCU pela realização do exame citopatológico (FERNANDES e NARCHI, 2002).

Muito tem se pesquisado sobre o CCU no mundo, todavia, grande parte destes estudos tem abordado a prevenção do CCU por um prisma eminentemente técnico, ao passo que as questões sociais, culturais e as características dos serviços de saúde não são consideradas, ou são, porém, de forma muito simplista. As condições em que se têm realizado estes estudos não reproduzem as características gerais da população e dos serviços de saúde dos países em desenvolvimento (BRENNNA et al., 2001).

Um dos fatores relacionados ao baixo impacto preventivo é o uso tardio dos serviços de saúde pelas mulheres em risco (OMS, 2007). Outros motivos seriam a falta de seguimento e tratamento adequado para todas as mulheres que foram rastreadas. No Brasil, outro fator implicado é que grande parte dos exames citopatológicos é realizada em mulheres com menos de 35 anos de idade, que buscam os serviços de saúde para atenção reprodutiva (BRASIL, 2001a). Pouco conhecimento a respeito do preventivo e medo associado à sua realização também estão relacionados (BRENNNA et al, 2001; OLIVEIRA et al., 2006; PELLOSO, CARVALHO e HIGARASHI, 2004; AMORIM et al., 2006).

Nas últimas duas décadas têm sido descritas numerosas intervenções para aumentar a adesão de mulheres ao exame de Papanicolaou (MEISSNER et al., 1998; MARCUS & CRANE, 1998). Estas intervenções enfocam a melhoria das informações dadas pelos profissionais sobre o exame, a redução das barreiras para que as mulheres tenham

acesso ao exame, ou ambas (YABROFF, MANGAN & MANDELBLATT, 2003). No entanto, mesmo diante da magnitude dessas intervenções, do alto potencial de cura do CCU e do incremento na oferta de serviços de prevenção e de tratamento dos casos, o controle desse agravo terá seu alcance limitado, se essas mulheres não retornarem para receber o resultado do exame (VICTOR, MOREIRA e ARAÚJO, 2004).

Alguns estudos, como o de Greenwood, Machado e Sampaio (2006) e o de Victor, Moreira e Araújo (2004), já têm abordado essa temática, do não retorno das mulheres para receber o resultado do exame de Papanicolaou, buscando conhecer os motivos que as levam à não retornarem e o perfil das mesmas.

Esta situação é complexa, pois é realizado todo um investimento financeiro e profissional por parte do serviço, em cada exame realizado, porém o impacto final fica prejudicado. São envolvidos profissionais de nível superior e técnico, assim como gastos diversos com material no processo de coleta do exame, leitura da lâmina e impressão do resultado. Quando a mulher não retorna ao serviço para receber esse resultado, há um desperdício de tempo e recursos, por parte do serviço e da mulher, pois o objetivo da realização do exame, ou seja, a prevenção do CCU, não é alcançado.

Esses estudos têm revelado uma realidade preocupante em relação ao aspecto organizacional dos serviços de atenção básica à saúde, viabilizando o seguimento das mulheres que realizam o exame preventivo, mas que apresentam como razão para o não-retorno a carência de informações em relação à importância de receber o resultado do exame, que poderiam ser fornecidas pelos profissionais de saúde. O fato é que a desinformação ou a informação deficiente propicia um ambiente adequado para as mulheres não realizarem o exame preventivo e, as que realizam, para não retornarem.

É preciso investir numa abordagem mais humanizada para a realização do exame preventivo para esclarecer melhor às mulheres, sobre o processo como um todo, desde a entrevista e exame físico, à coleta do material e orientações finais. A explicação sobre o exame facilita o melhor entendimento do processo sem que haja a construção de opiniões negativas sobre o mesmo (LUCARINI & CAMPOS, 2007).

Em 2003, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, que foi fruto de um debate no campo da saúde pública interessada em avançar os princípios do SUS: acesso universal, integralidade da atenção e equidade na gestão, distribuição e uso dos recursos segundo as necessidades de saúde da população brasileira. Esta Política contém propostas voltadas para a mudança dos modelos de gestão e de atenção que, no cotidiano dos serviços, são operadas

pelos/as gestores/as, trabalhadores/as e usuários/as. Altera o modo tradicional com que habitualmente se constroem as relações entre as instâncias efetadoras do SUS, como também nos serviços, já que ela se faz transversalmente, num trabalho conjunto com outras áreas, programas, setores e outras políticas (BRASIL, 2006c).

O “acolhimento” é uma das estratégias criadas para operacionalizar a política de humanização, que se caracteriza como um modo de operar os processos de trabalho em saúde com o intuito de dar atenção a todos/as que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades – escuta qualificada – e assumindo no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas com os usuários. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções (BRASIL, 2006c).

A equipe de saúde deve valorizar as queixas da mulher, estar disposta a ouvi-la, não desvalorizar ou minimizar seus problemas e reconhecer seus direitos a esclarecimentos e informações. Em relação ao CCU, a desinformação ou a informação inadequada sobre como preveni-lo tem sido uma realidade nos serviços de saúde.

Uma pesquisa realizada no interior do Ceará, em um serviço de prevenção do CCU com 141 mulheres, mostrou que o motivo que mais se sobressaiu, com 80 citações, para a busca da consulta a fim de realizar o exame de Papanicolaou foi apresentar alguma queixa (corrimento vaginal, prurido, nódulo mamário, entre outros.), seguida da busca de anticoncepcionais (n=36) e prevenção do CCU (n=20). Quando indagadas a citar medidas de profilaxia contra o CCU, 97 (68,8%) não sabiam responder, enquanto somente 37 (26,2%) citaram o “exame de citologia”. O restante referiu as seguintes medidas: “diminuição das relações sexuais e evitar promiscuidade” (n=5), “cuidar de inflamações vaginais” (n=3), “realizar asseios vaginais” (n=3), “uso de camisinha” (n=1), “não transar menstruada” (n=1) e “não andar descalça em terreno quente” (n=1) (SANTOS, FERNANDES e CAVALCANTI, 2004).

No serviço de oncologia de um hospital público de São Paulo, foi realizado um estudo com 138 mulheres, 90 com diagnóstico histológico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de alto grau e 48 com câncer invasivo de colo uterino, sobre conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou. Constatou-se que, quase dois terços das mulheres com câncer invasivo (63%) tinham conhecimento inadequado sobre o exame, a maioria (81%) tinha atitude inapropriada em relação à necessidade de fazê-lo e 56% o realizavam inadequadamente. Com relação às mulheres com NIC, estes percentuais foram menores,

apenas 41% não conheciam o exame ou a sua finalidade, 50% tinham atitude desfavorável ou inadequada e 37% delas não o praticavam de maneira apropriada (BRENNNA et al., 2001).

Uma das atividades do programa de controle do câncer cérvico-uterino é a educação em saúde. Conforme o Ministério da Saúde, nenhuma ação de controle do câncer cérvico-uterino avançará sem a participação do componente educativo que atinja a população de mulheres e os profissionais de saúde. Deverão ser oferecidas a todas as mulheres que buscam os serviços de saúde, por qualquer motivo, ações educativas individuais ou em grupos de reflexão sobre os benefícios que decorrem destas atividades (BRASIL, 2001a).

Aqui, ressalta-se a importância da educação em saúde como meio de alcançar resultados eficientes no controle do câncer ginecológico. O enfermeiro é o profissional que tem assumido a realização dos exames de prevenção nas UBS, no entanto, não se tem investido na qualificação dos mesmos. O distanciamento destes profissionais das atividades educativas em detrimento de consultas é algo alarmante para a profissão. É de suma importância que o enfermeiro desperte para a necessidade de se realizar ações educativas concomitantemente aos atendimentos para que essa realidade possa ser transformada.

Segundo o Ministério da Saúde, a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer tem sido objeto de estudo em diversos países e cada vez mais fica comprovada a sua importância nos programas de prevenção junto à população, não só como profissional que realiza a técnica, mas também como educador e conselheiro (BRASIL, 1997).

É fato que a problemática relacionada ao não retorno das mulheres para receber o resultado do exame preventivo tem causas multifatoriais, no entanto, partimos do pressuposto de que a educação perpassa todas essas áreas e de que se realizada de forma dialógica e reflexiva levará às mulheres da passividade à criticidade, tornando-as ativas no processo de adoção de comportamentos saudáveis e na busca pela melhoria dos serviços de prevenção do CCU.

O potencial inerente à educação – instrumento na transformação das condições sociais – pode ser compreendido numa perspectiva “revolucionária”, na medida em que os sujeitos que a vivenciam pretendam a superação das concepções atuais de vida da humanidade. Tem-se, então, nesta perspectiva, a educação, como um elo na libertação dos homens, possibilitando-lhes a construção da autonomia coletiva, não como uma alavanca que transforma a realidade por si mesma, todavia constituindo-se em um instrumento da ação crítica e criativa (FREIRE, 1987).

De acordo com esse aspecto, o Ministério da Saúde (1997) esclarece a relevância de se mudar a estratégia no combate do câncer, combinando ações preventivas, de promoção e

proteção à saúde com medidas diagnósticas e terapêuticas, especialmente as de diagnóstico precoce.

Todos os níveis de atenção devem ser observados, desde o primário ao terciário, com estruturas de saúde próprias, uma vez que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer envolvem todo o complexo do setor saúde, seja público ou privado.

Considerando os benefícios da estratégia educativa, questionou-se, também, quais seriam os efeitos de uma intervenção educativa sobre o exame de Papanicolaou, baseada nos pressupostos freireanos, em relação à taxa de retorno das mulheres para receber o exame. As mulheres que recebem uma intervenção educativa dialógico-reflexiva têm uma taxa maior de retorno para receber o resultado do exame do que as mulheres que não recebem esta intervenção?

Desta forma, este estudo torna-se relevante à medida que busca propor e avaliar uma estratégia de educação em saúde, um dos pilares da atenção básica, a fim de minimizar as taxas de absenteísmo às consultas de retorno para receber o resultado do exame citopatológico e, dessa forma, melhorar a assistência à saúde da mulher, diminuir os gastos desnecessários ao sistema de saúde e estimular enfermeiros a realizar estratégias educativas, imprescindíveis para o sucesso do controle do CCU.

2 OBJETIVOS

2.1. Geral:

Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa sobre o exame de Papanicolaou na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado.

2.2. Específicos:

Relatar a experiência de aplicar uma intervenção educativa baseada no modelo de educação para adultos proposto por Paulo Freire;

Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres em relação ao exame de Papanicolaou;

Avaliar os efeitos da intervenção educativa nas taxas de retorno entre os grupos controle e intervenção;

Avaliar os fatores relacionados ao não comparecimento à consulta de retorno.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o estabelecimento de proposta de promoção à saúde por meio da ferramenta educação em saúde, é inexorável que se utilize como referencial teórico os conceitos e práticas relacionados à promoção da saúde e, mais especificamente, a influência desses pressupostos na saúde da mulher.

Neste sentido, é mister relatar os resultados das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, que subsidiaram um amplo debate no cenário mundial para estabelecer prioridades e metas para a promoção da saúde, no mundo, descritas em suas respectivas declarações.

As diversas declarações formuladas mundialmente contribuíram para a transformação do paradigma da saúde. Apesar dos avanços, esse processo é dinâmico, pois acompanha a transformação da sociedade e, por isso, é inesgotável. Partindo desse pressuposto, verifica-se que cada declaração trouxe consigo um avanço singular no processo geral pela busca da saúde como também, através de suas particularidades, contribuições em áreas específicas do setor saúde.

A Saúde da Mulher, assim como as demais áreas da saúde, incorporou os novos conceitos e pressupostos estabelecidos pelas declarações, a começar pelo próprio nome “Saúde da Mulher”, reflexo de se abordar os cuidados com a mulher através de um conceito positivo de saúde. Na Declaração de Alma-Ata (1978), sobre cuidados primários de saúde, percebe-se um destaque específico, ao se incluir nos cuidados primários de saúde, os cuidados de saúde materno-infantil, inclusive o planejamento familiar (BRASIL, 2001c).

A Carta de Otawa (1986) não trouxe uma contribuição pontual para a Saúde da Mulher, e sim, de modo abrangente, uma contribuição que afetou todas as áreas da saúde através da formulação do conceito de promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para tornar-se co-participante na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. A partir de então, houve uma ruptura na relação profissional-cliente como algo unidirecional, imposto e voltado para a doença. O cliente deve ser percebido como um sujeito ativo, por ele mesmo e pelo profissional, no processo de busca pela saúde. Para tal, foram estabelecidas metas a fim de promover a saúde da população que extrapolavam o setor saúde, como: a criação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço à ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2001c).

Foi com a Declaração de Adelaide (1988) que todos esses conceitos foram abstraídos, especificamente, para a área de Saúde da Mulher de forma concreta, ao estabelecê-la como uma das quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis. Este acontecimento impulsionou o desenvolvimento desta área, reconhecendo as mulheres como as principais promotoras da saúde em todo o mundo e propondo que os países desenvolvessem planos nacionais para a promoção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, sugerindo a inclusão de propostas como: a igualdade de direitos na divisão de trabalho (criação de ambientes favoráveis), prática de parto baseado nas preferências e necessidades das mulheres (re-orientação dos serviços de saúde) e mecanismos de apoio às mulheres com crianças, como a licença-maternidade e licença para acompanhamento dos cuidados a filhos doentes (criação de ambientes favoráveis) (BRASIL, 2001c).

Em relação à criação de ambientes favoráveis, a Carta de Sundsvall (1991) destaca quatro aspectos importantes e, dentre eles, está a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive nos setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infra-estrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2001c).

O que se pode concluir é que a melhoria das práticas de saúde em relação à mulher foi reflexo de sua própria valorização enquanto cidadã e agente de transformação, que precisava ser resgatado.

Com o objetivo de adaptar os princípios, estratégias e compromissos relacionados ao sucesso da saúde da população à realidade dos países latinos, é que foi elaborada a Declaração de Bogotá (1992). Partindo dos pressupostos já estabelecidos pelas conferências anteriores, este evento estabeleceu como compromisso para a promoção da saúde de sua população a eliminação dos efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher, considerando-a como um elo indispensável na promoção da saúde na América Latina (BRASIL, 2001c).

Finalmente, a Declaração de Jacarta (1997) sobre promoção da saúde ofereceu uma visão e um enfoque para a promoção da saúde neste século, servindo também como um momento de reflexão sobre o que se aprendeu a respeito da promoção da saúde e identificação de estratégias e direções necessárias para enfrentar os desafios atuais (BRASIL, 2001c).

Um dos desafios deste século refere-se às taxas crescentes do câncer de colo de útero (CCU), que apresenta múltiplas causas. No entanto, dentro desta multicausalidade, é destacado neste estudo o não retorno das mulheres para receber o resultado do exame de Papanicolaou.

O CCU é um problema de saúde pública, todavia, tem alto potencial de prevenção e cura. A partir desta assertiva, pode-se fazer uma reflexão sobre os investimentos realizados a fim de sanar este problema, que são realizados, na maioria das vezes, com o objetivo de aumentar a oferta dos exames de Papanicolaou. Verifica-se que os gestores de saúde priorizam nas políticas públicas a massificação dos exames em detrimento das práticas educativas, transparecendo um olhar reducionista acerca desta problemática e o distanciamento desta prática dos princípios da Promoção da Saúde.

Como a doença é algo real, de fácil percepção e definição, também propicia a efetivação de práticas concretas que se apresentam capazes de responder à sua totalidade. O mesmo já não acontece em torno da saúde, cujo conceito apresenta-se em termos de um estado de perfeição não possibilitando uma percepção real, prática e concreta de si mesma, e conseqüentemente o surgimento de práticas que visem promover saúde. Por isso, é importante refletir e conceituar termos como promoção e prevenção, pois as práticas de saúde adotadas estarão intrinsecamente ligadas às concepções de saúde e doença (CZERESNIA, 1999).

Através do próprio termo, pode-se perceber o enfoque reducionista da prevenção, que visa prevenir a doença, ou seja, mais uma vez, a preocupação com a doença em primeiro lugar. Assim, a saúde não se constitui como objetivo fim desta prática e sim, uma conseqüência dela. Já a promoção da saúde tem um enfoque abrangente baseado no conceito positivo de saúde e, neste sentido, a doença ocupa um plano secundário. A amplitude do termo promoção se reflete em ações que extrapolam o setor saúde, desencadeando práticas intersetoriais com o objetivo de promover saúde (CZERESNIA, 1999).

Lefevre & Lefevre (2004) fazem uma distinção entre Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde, já que aquela ainda está associada ao antigo paradigma. Descrevem a prevenção como um importante passo para entender a natureza da doença e limitar sua carga ameaçadora, no entanto, tem alcance limitado. Objetiva, também, propor medidas que antecedem ao surgimento e/ou agravamento das doenças visando afastar a doença do doente ou vice-versa. Já a Promoção da Saúde tem como meta adotar um conjunto de intervenções com objetivo de eliminar permanentemente ou pelo menos de forma duradoura a doença, atingindo suas causas mais básicas.

A partir dessa discussão, percebe-se que a responsabilidade pela saúde não cabe somente ao setor da saúde, mas que para sua obtenção são necessários recursos que englobam diversas áreas, como: educação, segurança, habitação, alimentação, ecossistema estável, renda, dentre outros.

No Brasil, as Conferências deram subsídios para o surgimento da Reforma Sanitária, na qual foi proposta a reorganização do sistema de saúde em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária; sendo a atenção primária o primeiro elo entre a comunidade e o serviço de saúde através do Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994.

De acordo com o Ministério da Saúde, a estratégia PSF trabalha em uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e tem como função “prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade” (BRASIL, 2001b, p.64).

É imprescindível que, nessa nova lógica proposta pela Estratégia Saúde da Família, os profissionais, também, trabalhem a partir do conceito positivo de saúde e que suas práticas estejam diretamente relacionadas com este novo paradigma. Desta forma, práticas de saúde voltadas à doença e ao indivíduo devem ser substituídas pelo enfoque da promoção da saúde, cujas práticas sejam desenvolvidas com vistas a capacitar a comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades pessoais (BRASIL, 2001c).

As ações educativas são, portanto, um elemento chave na promoção da saúde.

Além disso, a educação em saúde efetiva promove autonomia e fornece meios para mudar o próprio comportamento ou ambiente. Nesse sentido, uma preocupação metodológica fundamental para a educação popular é a criação de espaços em que educando e educador possam, pelo diálogo, deter-se em questões importantes na busca de melhores condições de vida (CAVALCANTE, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, os enfermeiros desempenham papel fundamental no PSF, pois cabe a estes o acompanhamento e a supervisão do trabalho, a promoção das capacitações e educação continuada dos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, além de atuarem na assistência com ênfase na promoção da saúde (BRASIL, 2001c).

Com a pesquisa realizada em nove Unidades Básicas de Saúde de Fortaleza (UBASF), percebeu-se que as atividades grupais de educação em saúde, desenvolvidas por enfermeiros, corresponderam à cerca de 10% das ações, ou seja, 90% das responsabilidades dos enfermeiros foram voltadas para o atendimento individual (VICTOR e VIEIRA, 2002). Este aspecto leva a refletir sobre a contradição entre a filosofia da estratégia PSF e a atuação dos enfermeiros que priorizam as atividades individuais em detrimento do coletivo.

Além de não ser o foco da atuação dos profissionais, as atividades educativas, quando existem, têm se revelado uma prática de caráter normativo, repetitivo, de cunho preventivo, garantindo apenas o acesso à informação sem, contudo, discutir as interfaces sociais e emocionais que conduzem o comportamento humano (VICTOR e VIEIRA, 2002).

Entende-se que a mudança de perspectiva no pensar e fazer do enfermeiro no campo da educação popular em saúde agrega seu papel educativo ao resgate da pessoa como cidadã, participativa e consciente de sua condição de vida. Isto implica em proposta de ação voltada ao diálogo e a intermediação de práticas e saberes que dele resulta (ALVIM e FERREIRA, 2007).

Em se tratando de diálogo no cuidado e na educação em enfermagem, é permitido um encontro com a teoria freireana, como eixo central de discussão. Em especial, destacam-se os princípios da dialogicidade; transitividade da consciência, de ingênua à crítica; pedagogia crítico-reflexiva; transformação-ação; e educação dialógica. Esses princípios subsidiam a discussão sobre a intermediação de saberes e práticas impressos nas vivências e experiências dos grupos humanos, sejam eles profissionais ou populares (ALVIM e FERREIRA, 2007).

A opção pela filosofia freireana como referencial teórico para a intervenção educativa a ser realizada neste estudo se justifica pelo fato de esta oferecer elementos necessários à discussão acerca da posição ingênua do cliente diante dos cuidados e da cultura científica em saúde. O cliente, na opção por orientar suas práticas de saúde fundamentadas no saber científico, dele fica dependente, ao tomar esse conhecimento como verdade absoluta e definitiva. Decorrente disso surge uma situação desafiadora para o ato educativo dialógico em saúde: a de transformar a posição ingênua dos sujeitos educandos em posição crítica, diante desse suposto determinismo do conhecimento científico.

A educação em saúde dialógica, horizontalizada e crítica, possibilita ao homem a discussão corajosa de sua problemática e de sua inserção na mesma. O adverte dos perigos de seu tempo, para que consciente deles, ganhe a força e a coragem de lutar, ao invés de ser levado e arrastado à perdição de seu próprio eu, submetido às prescrições alheias (FREIRE, 1989).

A intervenção educativa proposta neste estudo está baseada nos princípios propostos por Freire (1989) e tem como finalidade despertar nas mulheres participantes do estudo a consciência de seu papel na adoção de práticas promotoras de saúde relacionadas à prevenção do CCU, mais especificamente, no retorno para receber o resultado do exame de Papanicolaou.

Para Freire (1989), toda compreensão de algo, corresponde, cedo ou tarde, a uma ação. Captado um desafio, compreendido, admitidas as hipóteses de resposta, o homem age. A natureza da ação corresponde à natureza da compreensão. Se a compreensão é crítica ou predominantemente crítica, a ação também o será. Se mágica a compreensão, mágica será a ação. Desta forma, através de uma intervenção educativa baseada nos pressupostos de Freire (1989), é esperada uma mudança de atitude por parte das mulheres, reduzindo as taxas de não retorno para receber o resultado do exame de Papanicolaou e, mais ainda, que estas mulheres se tornem multiplicadoras das informações e conhecimentos adquiridos acerca do exame.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo experimental, do tipo ensaio clínico. Esta opção deu-se pelo fato de, em ensaios clínicos, o investigador aplicar um tratamento (denominado intervenção) e observar os seus efeitos sobre um desfecho, sendo sua principal vantagem em relação a estudos observacionais o fato de demonstrar causalidade (HULLEY et al, 2003). E, devido às suas propriedades especiais de controle, um experimento oferece maior corroboração do que qualquer outra abordagem de pesquisa de que a variável independente afeta a variável dependente (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Este estudo possui os três critérios necessários para ser classificado como experimental, que são: manipulação, controle e randomização (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Neste ensaio clínico, foi aplicada uma intervenção educativa e observados seus efeitos sobre um desfecho: o retorno das mulheres para receber o resultado do exame de Papanicolaou.

4.2 Descrição do local da pesquisa

O local selecionado para realização do estudo foi o Centro de Saúde da Família (CESAF) Aída Santos e Silva, situado no bairro Vicente Pinzon, em uma área da periferia da cidade de Fortaleza-CE, pertencente à Secretaria Executiva Regional II, no qual funcionam quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), desde Agosto de 2006, e abrange um contingente de aproximadamente 30 mil pessoas.

A escolha por este local se deu, primeiramente, pelo fato de esta ser uma unidade que trabalha de acordo com a ESF, na qual se desenvolve o programa de prevenção CCU por quatro enfermeiras integrantes das respectivas equipes. Outra justificativa para a seleção do local é a constatação do fato de que não há intervenções educativas realizadas pelas

enfermeiras desta instituição com as mulheres que buscam a realização do exame de prevenção do CCU.

Neste CESAF, há realização do exame semanalmente, nas segundas e terças-feiras à tarde, e, nas quartas-feiras, pela manhã e tarde. Nesta instituição, o exame de Papanicolaou é realizado exclusivamente por enfermeiros, em quatro turnos da semana, sendo atendidas dez mulheres por turno e, em média, alcançando-se um número de 100 exames por mês. O exame é realizado por demanda espontânea para aquele dia, ou seja, as dez primeiras mulheres, independente da área adscrita, que comparecem ao posto, realizam o exame.

As mulheres que comparecem para realizar o exame de prevenção do CCU neste centro não têm consulta de retorno assegurada. Assim que os laudos são entregues à unidade, são primeiramente protocolados no livro de prevenção do CCU da instituição. Em seguida, são separados os exames “normais” dos “anormais”. Os “anormais” são aqueles que apresentam laudo compatível com tricomoníase, ou inflamação acentuada, ou alguma alteração celular: NIC (neoplasia intraepitelial cervical) I, II ou III, ASCUS (alteração em células escamosas de significado indeterminado) ou AGUS (alteração em células glandulares de significado indeterminado). Os exames “normais” ficam na recepção e os “anormais” na coordenação da unidade de saúde.

A entrega dos exames “normais” é feita pelas agentes administrativas e, a consulta com o profissional de saúde dependerá da obtenção de uma ficha. Caso uma paciente com laudo “anormal” compareça à procura do exame, será igualmente necessária a obtenção de ficha para recebê-lo.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelas mulheres que realizaram o exame de prevenção do CCU no referido CESAF. A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ter iniciado atividade sexual e comparecer ao CESAF para realizar o exame de prevenção do CCU no período de coleta de dados.

Como critério de exclusão definiu-se: ter alguma limitação cognitiva que a impedisse de responder o questionário e de participar da intervenção educativa.

Os critérios de descontinuidade foram: desistir de participar do estudo após o início da coleta ou vir a óbito entre o período de realização do exame e o recebimento do resultado.

As mulheres participantes do estudo foram selecionadas randomicamente para o grupo controle e o grupo de intervenção através do seguinte critério estabelecido: as pacientes que compareceram nas segundas e nas terças-feiras, à tarde, fizeram parte do grupo de intervenção e, as que compareceram nas quartas, pela manhã e tarde, fizeram parte do grupo controle.

De acordo com Marconi & Lakatos (2004), as participantes terão a mesma chance de serem selecionados em qualquer grupo. Outra vantagem da randomização, segundo os mesmos autores, é a de que se controla todas as possíveis fontes de variáveis alheias, sem qualquer decisão consciente da parte do pesquisador sobre quais delas precisam ser controladas.

O cálculo da amostra foi realizado utilizando-se a fórmula para estudos com grupos comparativos (JEKEL, ELMORE E KATZ; 2005), descrita abaixo:

$$N = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \times 2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Onde:

- **N** = Tamanho da amostra
- **Z α** = Coeficiente de confiança
- **Z β** = Poder
- **p** = Proporção de ocorrência do desfecho
- **d** = diferença clinicamente importante

Em um estudo piloto sobre a taxa de mulheres que não retornam para receber o resultado do exame de prevenção do CCU, encontrou-se que dos 938 exames realizados no referido CESAF, cenário deste estudo, de fevereiro a novembro de 2007, 225 (23,98%) das mulheres não retornaram para receber o resultado do exame até o dia 28 de janeiro de 2008 (VASCONCELOS NETO et al, 2008). Tendo como variável de desfecho deste estudo a frequência de não comparecimento à consulta de retorno para receber o resultado do exame preventivo e baseado no estudo piloto realizado, adotaram-se os seguintes valores: **Z α = 95%**,

$Z\beta = 80\%$, $p = 24\%$, $d = 15\%$. Assim, ao substituir os valores na fórmula, encontrou-se que eram necessárias 128 mulheres para cada grupo, ou seja, um total de 256 mulheres.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a julho de 2008. Foi realizada em três etapas para o grupo de intervenção (inquérito CAP, intervenção educativa e consulta de retorno), e em duas etapas para o grupo controle (inquérito CAP e consulta de retorno) (Figura 1).

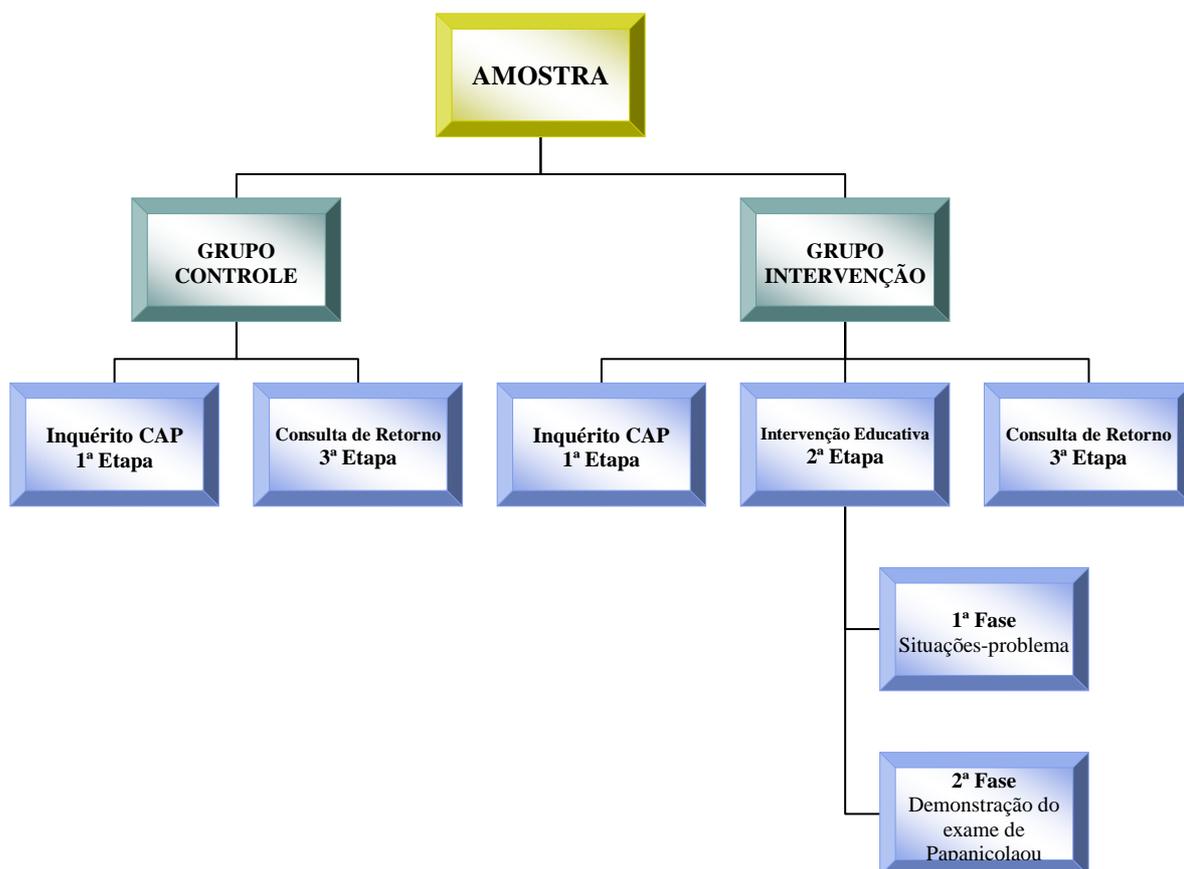


Figura 1. Fluxograma da coleta de dados.

4.4.1 1ª Etapa – Inquérito CAP

A opção pela aplicação do inquérito CAP deu-se pelo fato de possibilitar medir o que a população sabe, pensa e atua frente a um determinado problema. Tais estudos pertencem a uma categoria de estudos avaliativos chamados de avaliação formativa, ou seja, para além de se obter dados de uma determinada população, estes servem para identificar possíveis caminhos para um desenho de intervenção (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002).

A metodologia CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) pretende medir o conhecimento, a atitude e a prática de uma população, permitindo um diagnóstico da mesma, e mostrar o que as pessoas sabem, sentem e também como se comportam a respeito de determinado tema (KALIYAPERUMA, 2004).

Inicialmente foi realizado um **inquérito CAP (Apêndice A)** em relação ao exame de Papanicolaou com todas as mulheres participantes do estudo. Para tal, foi adaptado o modelo de inquérito CAP usado no estudo de Brenna et al (2001). No estudo de Brenna et al (2001) o **conhecimento, a atitude e a prática** sobre o exame de Papanicolaou foram avaliados da seguinte forma:

a) Conhecimento:

- Adequado: a mulher já tinha ouvido falar sobre o mesmo e sabia que era para detectar câncer em geral, ou especificamente de colo uterino;
- Inadequado: quando a mulher nunca tinha ouvido falar do exame ou já tinha ouvido, mas não sabia que era para detectar câncer.

b) Atitude:

- Adequada: quando a mulher respondeu que realizar o exame de Papanicolaou era necessário;
- Inadequada: quando a mulher respondeu que realizar o exame de Papanicolaou era pouco necessário, desnecessário ou não tinha opinião sobre a sua necessidade.

c) Prática:

- Adequada: quando a mulher realizou seu último exame preventivo no máximo há três anos;
- Inadequada: quando a mulher tinha feito o último exame há mais de três anos ou nunca tinha feito.

No presente estudo, haja vista a população-alvo ser diferente, o **conhecimento, a atitude e a prática** sobre o exame de Papanicolaou foram avaliados da seguinte forma:

a) Conhecimento:

- Adequado: quando a mulher referiu já ter ouvido falar sobre o exame, sabia que era para detectar câncer em geral, ou especificamente de colo uterino e sabia citar, pelo menos, dois cuidados necessários que deveria ter antes de realizar o exame;

- Inadequado: quando a mulher referiu nunca ter ouvido falar do exame ou já ter ouvido, mas não saber que era para detectar câncer; ou quando não sabia citar, pelo menos, dois cuidados necessários que deveria ter antes de realizar o exame.

b) Atitude:

- Adequada: quando a mulher apresentou como motivo para realizar o exame de Papanicolaou prevenir o CCU. Quando referia como motivo o fato de ser um exame de rotina ou o desejo de saber se estava tudo bem com ela, somente era considerada uma atitude adequada quando, concomitantemente, ela tinha conhecimento adequado sobre o exame;

- Inadequada: quando a mulher apresentou outras motivações para realização do exame que não a prevenção do CCU.

c) Prática:

- Adequada: quando a mulher havia realizado seu último exame preventivo, no máximo, há três anos; retornou para receber o último resultado do exame realizado e/ou buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame;

- Inadequada: quando havia realizado último exame preventivo há mais de três anos ou nunca realizou o exame, mesmo já tendo iniciado atividade sexual há mais de um ano, ou não tenha retornado para receber o último resultado e/ou não buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame.

Foi previamente realizado teste piloto abrangendo 71 mulheres da mesma instituição, que não participaram do estudo principal, o qual permitiu a adequação do instrumento (inquérito CAP). Três entrevistadores foram treinados para aplicação dos questionários.

4.4.2 2ª Etapa - Intervenção Educativa

4.4.2.1 Elaboração da Intervenção Educativa

A intervenção educativa proposta neste trabalho foi elaborada com o intuito de ser realizada antes da consulta de prevenção do CCU, tendo como algumas características a necessidade de ser atrativa, objetiva e não ser muito extensa, mas com informações indispensáveis para propiciar esclarecimento de possíveis dúvidas e estabelecer um diálogo efetivo entre o profissional e as mulheres. A finalidade precípua da intervenção foi despertar nas participantes a consciência de seu papel no retorno para receber o resultado do exame. A intervenção educativa foi realizada exclusivamente pela pesquisadora.

A realização da estratégia educativa baseou-se nos princípios idealizados por Freire (1989), o qual propõe um processo educativo dialógico, crítico e que possibilite aos educandos a oportunidade de discutir sua problemática tornando-se sujeitos ativos no processo de busca por soluções.

A proposta de Freire (1989) é composta por cinco fases, das quais quatro foram adaptadas à realidade deste estudo, que são: **levantamento do universo vocabular, escolha das palavras selecionadas do universo vocabular pesquisado, criação de situações existenciais típicas do grupo com que se vai trabalhar e elaboração de fichas-roteiro.**

A **feitura de fichas com a decomposição das famílias fonêmicas correspondente aos vocábulos geradores**, que compõe a quinta fase do processo elaborado por Freire (1989), não foi utilizada neste estudo devido ao fato de não ser objetivo do mesmo a aprendizagem construtivista da linguagem escrita, mas sim oportunizar, por meio das figuras e do diálogo crítico, uma reflexão sobre o retorno das mulheres para receber o resultado do exame de Papanicolaou.

O **levantamento do universo vocabular** foi efetuado por meio de inquérito CAP realizado com todas as mulheres que participaram da pesquisa, o qual era preenchido antes da realização do exame e da participação destas (para o grupo intervenção) na intervenção educativa. A utilização deste instrumento possibilitou conhecer as expressões particulares e os vocábulos ligados às experiências das mulheres em relação ao exame de Papanicolaou.

Neste ponto, foi possível identificar vários aspectos que permeiam a realização do exame, como: dificuldades para obter uma ficha; a conversa, no corredor, enquanto aguardam o exame, sobre os medos, os anseios, as frustrações e as esperanças ligadas ao mesmo. Esta fase, segundo Freire (1989), é de resultados muito ricos para a equipe de educadores, não só

pelas relações que travam, mas pela exuberância não muito rara da linguagem do povo de que às vezes não se suspeita.

A partir da **apreensão do universo vocabular** das mulheres pesquisadas, foram escolhidos palavras, conceitos e expressões citadas por elas, durante o inquérito CAP, que subsidiaram a abordagem da intervenção educativa no direcionamento do diálogo com as mulheres avaliadas. Por exemplo, algumas das participantes, quando questionadas durante o inquérito a respeito da finalidade do exame de Papanicolaou, responderam: “prevenir gravidez” e/ou “prevenir aids”. Deste modo, no momento da intervenção em que se dialogava sobre a finalidade deste exame, utilizaram-se os próprios termos e expressões, apreendidos durante o inquérito, em forma de reflexões, a fim de promover uma comunicação com uma linguagem apropriada e compreensível sobre o exame de Papanicolaou. Por meio da abordagem dialógico-reflexiva, durante a intervenção educativa, construíram-se e desconstruíram-se conceitos juntamente com as mulheres.

Em relação à fase de **criação de situações existenciais típicas para o grupo com que se vai trabalhar**, utilizou-se um álbum contendo figuras relacionadas ao exame de Papanicolaou. As figuras foram elaboradas com o cuidado de que retratassem a realidade da unidade básica de saúde, *locus* da pesquisa, cujo objetivo era que as mulheres se reconhecessem nas figuras, favorecendo o processo educativo.

As figuras retratam situações-problema, codificadas, guardando em si elementos que serão decodificados pelos grupos, com a colaboração do coordenador (FREIRE, 1989). No álbum estavam presentes cinco figuras que representavam as seguintes situações: mulheres aguardando a realização do exame, mulher pensando sobre os cuidados necessários antes de realizar o exame, mulher evitando relações sexuais com seu parceiro a fim de estar apta à realização do exame, mulher nervosa no consultório realizando o exame com um profissional do sexo masculino e mulher na consulta de retorno (**Apêndices B, C, D e E**).

A quarta fase foi a da **elaboração das fichas-roteiro** para auxiliar o coordenador no debate com as mulheres sobre o exame, sendo apenas um norteador da discussão e nunca algo rígido que se devesse seguir (**Apêndices B, C, D e E**).

4.4.2.2 Descrição da Intervenção Educativa

A aplicação da intervenção educativa foi dividida em duas fases: situações-problema e demonstração do exame de Papanicolaou. Ambas as fases ocorreram em um único

encontro, com o número de mulheres que compareceram para a realização do exame de Papanicolaou (no máximo, dez mulheres), no dia proposto para a intervenção.

Nas situações-problema foram utilizadas cinco representações gráficas ou ilustrações (figuras) geradoras de discussão. Para cada representação, existia uma ficha-roteiro que auxiliava no debate com as participantes da intervenção.

Para Bossemeyer e Moura (2006) a utilização de métodos de ensino-aprendizagem que envolvam os participantes, bem como o uso de ilustrações e figuras associadas a mensagens textuais em alternativa a métodos tradicionais passivos aumenta a capacidade de o indivíduo memorizar e lembrar as informações essenciais.

Para a fase de demonstração do exame de Papanicolaou optou-se pela utilização de modelo anatômico de pelve feminina e o material utilizado no exame de Papanicolaou. Esta fase teve como objetivo familiarizar as participantes do estudo com o exame, possibilitando uma situação mais próxima da real.

A intervenção seguiu as seguintes fases:

a) 1ª Fase – Situações-problema

Situação-problema 1 (Apêndice B)- Quais mulheres devem fazer o exame de Papanicolaou?

A figura 1 aborda a prevenção e promoção da saúde, abrangendo os conteúdos explicitados na ficha-roteiro 1.

Situação-problema 2 (Apêndice C)- Preparação prévia da mulher para realizar o exame de Papanicolaou.

As figuras 2 e 3 abordam os cuidados necessários antes da realização do exame de Papanicolaou, incluindo os conteúdos explicitados na ficha-roteiro 2.

Situação-problema 3 (Apêndice D)- O exame de Papanicolaou

A figura 4 aborda o exame de Papanicolaou, compreendendo os conteúdos explicitados na ficha-roteiro 3.

Situação-problema 4 (Apêndice E)- A importância da consulta de retorno

A figura 5 aborda a importância da consulta de retorno e do resultado do exame, contendo os conteúdos explicitados na ficha-roteiro 4. Neste tópico foi informado, de maneira

objetiva e compreensível, ao grupo, que a prevenção do CCU só termina depois que a mulher recebe o resultado e o respectivo tratamento, quando necessário.

b) 2ª Fase – Demonstração do exame de Papanicolaou

Nesta fase, foram realizadas a exposição do material utilizado no exame de Papanicolaou (espéculo, lâmina, espátula de Ayres, escovinha tipo Campos da Paz, pinça Cherron e modelo anatômico da pelve feminina) e a demonstração de uma coleta para exame preventivo. Neste período, as participantes eram encorajadas a manipular o material. Este passo visava minimizar o medo em relação ao exame, principalmente para as que iriam realizá-lo pela primeira vez.

A intervenção era finalizada com a entrega de panfleto educativo sobre a prevenção do CCU (**Anexo A**) e o cartão de retorno (**Anexo B**), elaborado e disponibilizado pela Secretaria de Saúde do município de Fortaleza (PREFEITURA DE FORTALEZA, [2006]).

4.4.3 3ª Etapa – Consulta de Retorno

A última fase da coleta de dados aconteceu no dia da **consulta de retorno**. Como neste serviço, a consulta de retorno ainda não está normatizada na instituição em questão, todas as mulheres participantes do estudo tiveram consulta de retorno agendada com a pesquisadora em um período de 30 a 45 dias após a data de realização do exame. A avaliação da intervenção educativa foi realizada através da checagem de todas as mulheres que retornaram para receber o resultado do exame (**Apêndice A**).

A consulta de retorno foi oferecida para todas as mulheres (grupo controle e grupo de intervenção), pois os efeitos da intervenção educativa não poderiam ser avaliados caso as mulheres não tivessem uma garantia de retorno por igual, o que deve existir em todo serviço que realiza o exame de prevenção do CCU.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram compilados e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. As variáveis contínuas estão expressas como média \pm desvio padrão (DP) e as categóricas em frequências e percentuais. Diferenças entre as médias de idade e início da atividade sexual entre os grupos estudados foram avaliadas através do teste *t* de Student e, para as variáveis categóricas, a comparação entre os dois grupos foi realizada pelo teste do Qui-quadrado de Pearson. Para todas as análises, um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

As variáveis preditoras foram: participação na intervenção educativa, idade, escolaridade, estado conjugal, trabalho fora de casa, sexarca, distância entre a moradia e o posto, conhecimento, atitude e prática em relação ao exame de Papanicolaou. A variável de desfecho foi o retorno para receber o resultado do exame. Os dados foram apresentados através de tabelas e gráficos.

4.6 Aspectos éticos e legais

Foi assegurado o cumprimento das normas para pesquisa com seres humanos presentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 1996). Inicialmente, foi solicitada por escrito a autorização da Coordenadora do CESAF Aída Santos e Silva (**Apêndice F**) para a realização deste estudo. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará – Complexo Hospitalar Walter Cantídio e aprovado com o número de protocolo 283/07.

Todas as participantes, quer fossem do grupo controle ou do de intervenção, foram informadas sobre os objetivos do estudo e, quando de acordo, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido (**Apêndice G e H**), sendo-lhes garantido o anonimato na divulgação das informações e a liberdade de participar ou não do estudo.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1. Conhecimento, atitude e prática das mulheres em relação ao exame de Papanicolaou

Durante a pesquisa foram realizados 261 inquéritos CAP (150 do grupo intervenção e 111 do grupo controle). No entanto, foram excluídas do estudo, 11 mulheres (09 do grupo intervenção e 02 do grupo controle) por não terem realizado o exame de Papanicolaou, o que totalizou uma amostra de 250 mulheres (141 do grupo intervenção e 109 do grupo controle).

Dentre as participantes do estudo, a idade variou entre 14 e 71 anos, com uma idade média de 33,9 (DP=12,7). A maioria (61,2%) das mulheres que realizou o exame de Papanicolaou, durante a pesquisa, possui 35 anos ou menos. A idade média de início da atividade sexual foi de 16,9 anos (DP =3,2). Em relação ao estado conjugal das entrevistadas, 65,6% moram com o companheiro. A maioria das mulheres (80,7%) possui baixa escolaridade (≤ 9 anos de estudo), 62,8% não trabalham fora de casa e 93,2% moram próximo ao centro de saúde pesquisado.

Em relação ao fator idade, percebe-se neste estudo que o exame é realizado, na sua maioria, por mulheres abaixo da faixa etária de risco para o CCU, o que diminui o impacto de rastreamento. No entanto, são mulheres que iniciaram atividade sexual precocemente e que apresentam baixa escolaridade.

A precocidade das relações sexuais é um fator de risco, talvez porque na adolescência a metaplasia se intensifique, e o coito aumenta a probabilidade de transformação atípica (PESSINI & SILVEIRA, 2004). Em relação ao baixo nível de escolaridade, considera-se que essas mulheres estejam expostas a um maior risco de morbimortalidade pela pouca instrução acerca dessa moléstia (DAVIM et al., 2005).

A oferta isolada do exame de Papanicolaou para detecção precoce do CCU por si só não é suficiente para reduzir a mortalidade por esse tipo de câncer entre as mulheres. O efeito favorável do exame depende que o mesmo seja realizado corretamente pela população alvo (ISLA, 2002).

O CCU raramente afeta mulheres menores de 30 anos de idade, por isto foi estabelecida como faixa etária prioritária para a realização do exame sistemático mulheres entre 25 e 65 anos de idade. No entanto, caso a mulher se submeta ao exame somente uma vez na vida, a idade ótima é entre 35 e 45 anos de idade (OMS, 2007). Os fatores de risco mais importantes associados ao câncer de colo uterino são: infecção pelo HPV, início precoce da

atividade sexual, multiplicidade de parceiros, baixa condição sócio-econômica, tabagismo, imunossupressão, higiene íntima inadequada e uso prolongado de contraceptivos orais (MS, 2006c).

No Brasil, um dos fatores relacionados ao baixo impacto preventivo é que grande parte dos exames citopatológicos é realizado em mulheres com menos de 35 anos de idade, como foi constatado durante este estudo, provavelmente naquelas que comparecem aos serviços de saúde para atenção reprodutiva (MS, 2006c). Isso leva ao subaproveitamento da rede, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco.

Quanto ao conhecimento sobre o Papanicolaou, apenas 40,4% foram classificadas com conhecimento adequado. 98,4% das entrevistadas informaram ter ouvido falar do exame, porém, somente 54,8% sabem que o exame serve para prevenir o CCU. Dentre as demais finalidades do exame citadas, a que se sobressaiu foi detectar ou prevenir aids (42,1%), seguida por detectar ferida no útero/inflamação/raladura/leucorréia (27,4%) e detectar ou prevenir DST (15,8%) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com a finalidade do exame de Papanicolaou referida pelas participantes. Fortaleza, Ceará, 2008.

FINALIDADES DO EXAME	N	%
PREVENIR O CÂNCER DE COLO UTERINO	137	54,8
NÃO SABE	18	7,2
OUTRAS FINALIDADES	95	38,0
Detectar ou prevenir alguma doença	08	8,4
Detectar ou prevenir AIDS	40	42,1
Detectar ou prevenir DST	15	15,8
Detectar ferida no útero/inflamação/raladura/leucorréia	26	27,4
Prevenir gravidez	02	2,1
Prevenir infecção urinária	01	1,1
Tirar massa do útero	02	2,1
Descobrir miomas	01	1,1
TOTAL	95	100,0
TOTAL	250	100,0

Embora, muitas vezes, seja possível a identificação do agente ou de efeitos citopáticos sugestivos da presença dos mesmos, o exame preventivo não tem o objetivo de identificar DST. Vale ressaltar que a ectopia é uma situação fisiológica e por isso a denominação “ferida no colo do útero” e “raladura” é inapropriada (MS, 2006c), bem como é inadequado afirmar que o exame de Papanicolaou serve para detectá-los.

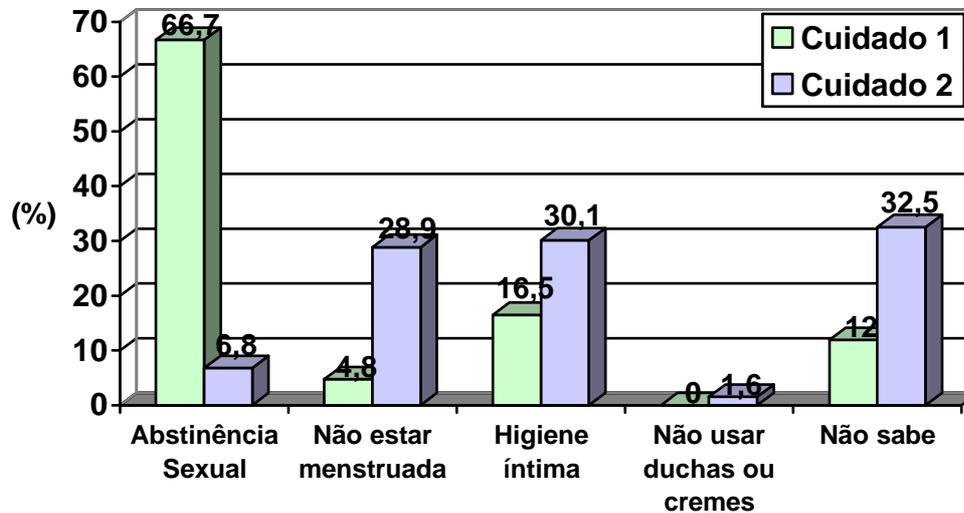
O fato das mulheres referirem o exame como método de detecção e prevenção da aids foi algo surpreendente durante a pesquisa. É preocupante pensar que essas mulheres imaginam estar prevenindo-se da aids através deste exame, o que revela um déficit não somente do conhecimento sobre o exame de Papanicolaou, mas em relação, até mesmo, às formas de detecção e prevenção do vírus da aids.

Evidenciou-se que embora a quase totalidade das entrevistadas tenha ouvido falar sobre o exame de Papanicolaou, menos da metade delas (40,4%) foi classificada com conhecimento adequado. Esses dados são semelhantes aos encontrados por Gamarra, Paz e Griep (2005) ao avaliar o conhecimento do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas.

Após um levantamento sobre diagnósticos de enfermagem mais frequentes no atendimento à mulher, realizado em dois centros regionais de saúde de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, foram identificados 60 diagnósticos, dos quais, um dos cinco mais comuns foram o de conhecimento deficiente relacionado à finalidade, importância e periodicidade do exame preventivo, aos materiais necessários à sua realização e relacionado à necessidade de retorno à instituição onde se realizou o preventivo para tomar conhecimento do resultado. Outro diagnóstico encontrado foi o de risco para infecção apresentando os seguintes fatores: vida sexual ativa associada à não realização do exame de Papanicolaou ou à sua realização há mais de dois anos e a falta de conhecimento sobre a importância do retorno à instituição para avaliação do resultado (GERK e BARROS, 2005).

Ainda no que se refere à avaliação do conhecimento, foi solicitado às mulheres que citassem, no mínimo, dois cuidados necessários que deveriam ser realizados antes do exame. Das 250 mulheres, 12,0%, não souberam citar qualquer cuidado e 32,6% citaram apenas um. Dentre as que citaram algum cuidado, o primeiro cuidado mais referido foi abstinência sexual (66,7%) e o segundo foi higiene íntima (30,1%). Somente quatro (1,6%) mulheres citaram o cuidado de não usar duchas ou cremes vaginais (1,6%) (**Gráfico 1**).

Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com os cuidados necessários para realização do exame de Papanicolaou citados pelas participantes. Fortaleza, Ceará, 2008.



Em um estudo realizado com 120 mulheres em Natal, Rio Grande do Norte, objetivando-se identificar o conhecimento das mesmas em relação ao exame de Papanicolaou, constatou-se que elas apresentaram algum conhecimento sobre os cuidados necessários antes de se submeterem ao exame, com destaque para: evitar relações sexuais na véspera do exame (42%), não usar medicamentos ou cremes vaginais (33%) e não estar menstruada (17%). Este estudo não revela o percentual de mulheres que não tinha nenhum conhecimento sobre os cuidados necessários (DAVIM et al., 2005).

Além de educar a população sobre como prevenir o CCU é importante também explicar os cuidados necessários que devem ser realizados pelas mulheres antes de submeterem-se ao exame, como por exemplo: não utilizar duchas ou cremes intravaginais e evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta, não estar menstruada e realizar um asseio íntimo antes do exame; visto que a negligência desses detalhes interfere na realização do exame, bem como no seu resultado, sabendo-se que esses cuidados referidos devem ser do conhecimento de todas as mulheres que o realizam (MS, 2006c).

O fato da maioria das mulheres da pesquisa morar próximo ao posto de saúde não teve relação com o conhecimento adequado em relação ao exame, o que demonstra a necessidade de se aproveitar o espaço das salas de espera das unidades de saúde com atividades educativas para que as pessoas possam ter acesso às informações corretas e, desta forma, assumir comportamentos saudáveis, assim como serem multiplicadores dessas informações (**Tabela 2**).

O conhecimento sobre o exame mostrou associação estatisticamente significativa com algumas características estudadas. Proporções significativamente mais elevadas de conhecimento adequado foram identificadas entre as mulheres com mais de 35 anos, com escolaridade maior que nove anos, que moram com o companheiro e que trabalham fora. Além disso, proporções mais altas de atitude adequada sobre o exame foram identificadas entre as mulheres com idade superior a 35 anos e com escolaridade maior que nove anos de estudo. Percentuais mais altos de prática adequada foram observados entre as mulheres que moram com o companheiro e moram próximo ao posto de saúde (**Tabela 2**).

Tabela 2. Avaliação percentual da adequação do conhecimento, da atitude e da prática sobre o exame de Papanicolaou, segundo as características estudadas. Fortaleza, Ceará, 2008.

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	CONHECIMENTO ADEQUADO		ATITUDE ADEQUADA		PRÁTICA ADEQUADA	
		N (%)	p	N (%)	p	N (%)	p
Idade (anos)							
≤ 35	153	53 (34,6)	-	35 (22,9)	-	98 (64,1)	-
> 35	97	48 (49,5)	0,020	35 (36,1)	0,023	71 (73,2)	0,132
Escolaridade* (anos)							
≤ 9	201	73 (36,3)	-	50 (24,9)	-	133 (66,2)	-
> 9	48	28 (58,3)	0,005	20 (41,7)	0,020	36 (75,0)	0,239
Estado Conjugal							
Com companheiro	164	75 (45,7)	-	50 (30,5)	-	118 (72,0)	-
Sem companheiro	86	26 (30,2)	0,018	20 (23,3)	0,226	51 (59,3)	0,042
Trabalha Fora							
Sim	93	48 (51,6)	-	29 (31,2)	-	66 (71,0)	-
Não	157	53 (33,8)	0,005	41 (26,1)	0,388	103 (65,6)	0,381
Mora próximo							
Sim	233	95 (40,8)	-	65 (27,9)	-	161 (69,1)	-
Não	17	06 (35,3)	0,657	05 (29,4)	0,893	08 (47,1)	0,061
Início da vida sexual (anos)**							
≤ 20	214	82 (38,3)	-	59 (27,6)	-	142 (66,4)	-
> 20	34	18 (52,9)	0,106	10 (29,4)	0,824	26 (76,5)	0,241

* Faltou 1 (uma) resposta

** 2 (duas) não responderam

Em relação à atitude das mulheres frente ao exame, apenas 28% foram classificadas com atitude adequada. A maioria (42,8%) referiu como motivo para a realização do mesmo o fato de estar apresentando alguma queixa. Por outro lado, somente 10,0% citaram a prevenção do CCU como razão para sua realização. Dentre as queixas mais citadas estão: dor pélvica (33,0%), leucorréia (15,1%) e prurido vulvar (14,2%) (**Tabela 3**).

Pinnoti (1996) revela que, apesar das mulheres perceberem a finalidade do exame de Papanicolaou, o consideram apenas como instrumento de detecção de afecções ginecológicas, e não como método de rastreamento da doença, o qual deve ser realizado, principalmente, por aquelas assintomáticas. Isto faz com que muitas mulheres busquem a realização do exame de Papanicolaou apenas devido à presença de alguma queixa (SANTOS, FERNANDES & CAVALCANTE, 2004; OLIVEIRA et al.,2006), como foi constatado neste estudo.

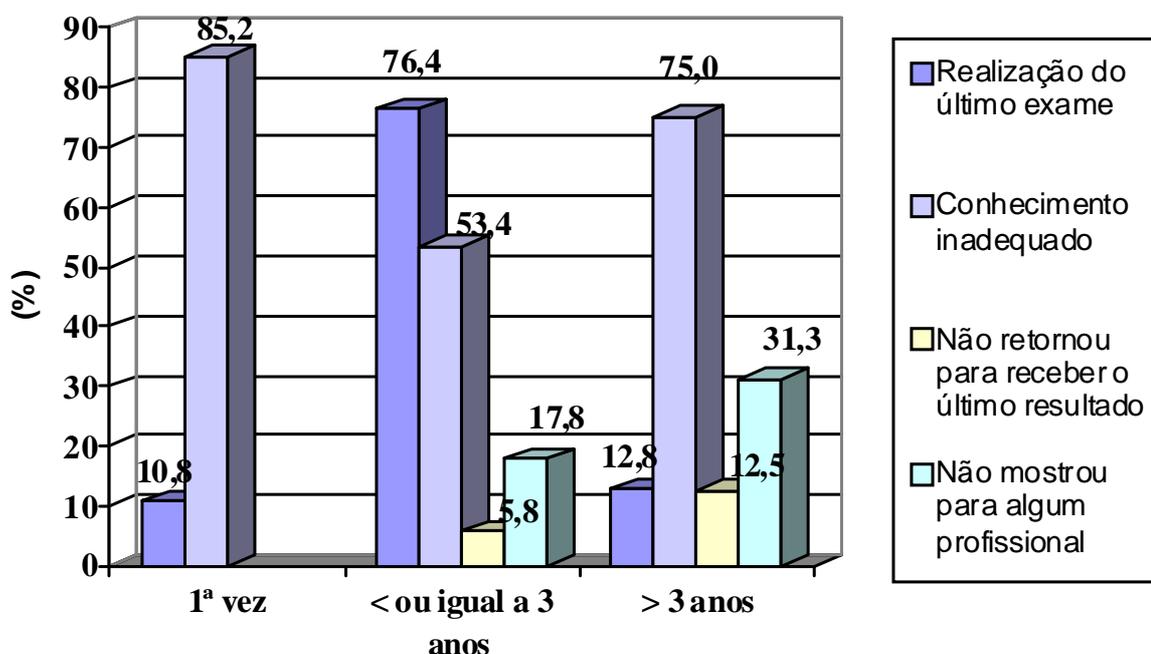
Tabela 3. Distribuição da amostra segundo o motivo para realização do exame de Papanicolaou referido pelas participantes. Fortaleza, Ceará, 2008.

MOTIVO DO EXAME	N	%
Queixas	107	42,8
Rotina	50	20,0
Saber se está tudo bem	28	11,2
Prevenir o CCU	25	10,0
Profissional solicitou	21	8,4
Deseja realizar laqueadura tubária	06	2,4
Revisão de parto	05	2,0
Um familiar pediu	05	2,0
Limpar o útero	01	0,4
Prevenir gravidez	01	0,4
Prevenir DST	01	0,4
TOTAL	250	100,0

É necessário ressaltar que a presença de colpites, corrimentos ou colpocervicites pode comprometer a interpretação da citopatologia. A presença de processo inflamatório intenso prejudica a qualidade da amostra. Nesses casos, a mulher deve ser tratada e retornar para a coleta do exame preventivo do CCU, pois o tratamento dos processos inflamatório/DST diminui o risco de insatisfatoriedade da lâmina (MS, 2006c).

Em relação à prática do exame, 67,6% foram classificadas com prática adequada. A maioria (72,8%) das mulheres entrevistadas refere realizá-lo com intervalo não superior a três anos. É interessante observar que 85,2% das mulheres que estão realizando o exame pela primeira vez e 75,0% das que o realizam com intervalo superior a três anos foram classificadas com conhecimento inadequado em relação ao mesmo, o que mostrou relação estatística ($p=0,001$). As mulheres que realizam o exame com periodicidade superior a três anos, também apresentaram maior proporção de não retorno (12,5%) para receber o último resultado e 31,3% não mostraram o resultado para algum profissional (**Gráfico 2**).

Gráfico 2. Distribuição das mulheres segundo a periodicidade do exame e as variáveis relacionadas ao conhecimento e retorno. Fortaleza, Ceará, 2008.



O desconhecimento em relação ao exame de Papanicolaou vem sendo citado na literatura entre os motivos apontados pelas mulheres para a não realização do exame (PINOTTI, 1996; GESTEIRA e LOPES, 2000). No estudo de Amorin et al. (2006) foi referido com maior frequência, como motivo para a não realização do exame, o fato da mulher achar que não é necessário realizá-lo (43,5%), seguido pelo motivo de considerá-lo um “exame embaraçoso” (28,1%). O não conhecimento do exame foi referido por 5,7% das mulheres, e a dificuldade em marcar o exame por 13,7%.

A falta de compreensão da importância da realização do exame de Papanicolaou constitui um desafio para os serviços de saúde, pois tem limitado o acesso ao rastreamento do CCU principalmente daquelas consideradas de maior risco (PINHO et al., 2003; COUGHLIN e UHLER, 2002). Os motivos alegados pelas mulheres para a não realização do exame remetem à necessidade dos serviços de saúde tornarem-se mais efetivos nas práticas educativas e em estratégias que minimizem a não cobertura do exame, sobretudo dos grupos em maior vulnerabilidade social (AMORIN et al., 2006).

A ESF, que vem sendo adotada no Brasil como modelo de atenção básica de saúde, pode contribuir para a superação das barreiras existentes à realização do exame de Papanicolaou identificando e captando, pela atuação dos agentes de saúde, as mulheres que deixam de realizar o exame. Esse programa tem como princípio garantir o acesso à atenção básica, a criação de vínculo entre a clientela e a equipe de saúde e a integralidade do atendimento. Como resultado dessas ações espera-se a promoção do conhecimento, a valorização e a incorporação, por parte da população, das práticas preventivas não só para o CCU, como também para as outras morbidades (COUGHLIN e UHLER, 2002).

Algumas pesquisas mostram relação direta entre a escolaridade e a prática (LOPES et al, 1995; MARTINS, THULER & VALENTE, 2005; GAMARRA, PAZ & GRIEP, 2005) e o conhecimento do exame de Papanicolaou (GAMARRA, PAZ & GRIEP, 2005). Os resultados encontrados nesta pesquisa evidenciaram proporções mais altas de conhecimento e atitude adequados com escolaridade maior que nove anos de estudo e idade superior a 35 anos, o que não aconteceu com a prática.

Alguns estudos confirmam o fator idade baixa, 15 a 24 anos (NASCIMENTO, ELUF-NETO & REGO, 1996) e menor de 20 anos (CÉSAR et al., 2003), como associado à não realização do exame. Todavia, em outro estudo, não foi evidenciada qualquer relação (GAMARRA, PAZ & GRIEP, 2005). O único fator associado à prática adequada do exame, encontrado neste estudo, foi o estado conjugal (com companheiro). A proximidade da moradia em relação ao CESAF e a idade de início da vida sexual não tiveram relação significativa com nenhuma das variáveis estudadas.

Observou-se, entre as mulheres que trabalhavam fora de casa, proporções mais elevadas de conhecimento adequado sobre o teste de Papanicolaou ($p < 0,05$). A atitude e prática adequadas também foram maiores proporcionalmente para as mulheres que trabalham fora de casa; apesar desse resultado não ser estatisticamente significativo ($p > 0,05$). Possivelmente, o fato de trabalhar somente em casa esteja associado a outros fatores ligados a questões de gênero.

Assim, pouco contato com outras pessoas para tratar de assuntos de saúde, poderia dificultar o conhecimento, a atitude e a prática adequados em relação ao exame de Papanicolaou.

Em relação ao fato de quase todas (85,2%) as mulheres que estavam realizando o exame pela primeira vez terem sido classificadas com conhecimento inadequado sobre este, remete-se à importância de se realizar atividades educativas específicas com essas mulheres, pois além de possuírem conhecimento deficiente sobre o exame, desconhecem os procedimentos do mesmo.

Em um estudo realizado em Fortaleza com 326 mulheres que não foram receber o resultado do exame de Papanicolaou, 236 (72,4%) estavam realizando o exame pela primeira vez (VICTOR, MOREIRA & ARAÚJO, 2004). Desta forma, cabe aos profissionais o dever de esclarecer suas dúvidas e enfatizar que a prevenção do CCU não se limita simplesmente à coleta de material da ectocérvice e endocérvice, mas que somente é concluída com o retorno da cliente e a realização de tratamento adequado, quando for o caso. Pois uma experiência positiva durante a consulta poderá influenciar em seu retorno para a busca do resultado e na realização de exames posteriores (MS, 2002).

Das 250 mulheres entrevistadas, apenas 13 (5,2%) referem não ter retornado à unidade a fim de receber o último resultado. Das que não retornaram, 12 (92,3%) justificaram tal comportamento com motivos pessoais. No entanto, dentre as 208 (83,2%) que retornaram, 17 (8,17%) revelaram não ter mostrado o exame para algum profissional, seja por problemas pessoais (41,2%), seja por problemas institucionais (58,8%).

Dentre os motivos pessoais alegados pelas mulheres para não ter retornado à unidade a fim de receber o resultado, pode-se destacar: “mudei de endereço” (n=4), “porque não” (n=1), “esqueci” (n=1), “descuido meu” (n=1) e “já recebi o remédio no dia da consulta” (n=1). Em relação às justificativas das que receberam o resultado, contudo não mostraram para algum profissional, podem-se citar algumas: pessoais – “comodismo”, “esqueci”, “estava trabalhando”, “não sabia que precisava mostrar” e institucionais – “a funcionária foi embora”, “o resultado não estava pronto” (n=9), “não consegui ficha”, “o posto estava em greve” e “não tinha médico”.

Os motivos pessoais foram os que mais contribuíram para as mulheres deste estudo não terem retornado para receber o resultado, sendo facilmente contornáveis, de acordo com os depoimentos. Esse fato mostra ser imprescindível à realização de atividades educativas enfocando a importância do retorno para a prevenção do CCU, bem como a implantação de um serviço de busca ativa através dos agentes comunitários de saúde.

No entanto, dentre os fatores citados para justificar o fato de não terem mostrado o resultado do exame para algum profissional, prevaleceram os motivos institucionais. Os entraves institucionais citados pelas mulheres revelam a desorganização do serviço e o difícil acesso à consulta de retorno, que é realizada nesta instituição somente por médicos.

Esta realidade demonstra a necessidade de se reestruturar o serviço de prevenção do CCU desta unidade, considerando a realização de atividades educativas, a garantia de consulta de retorno, na data em que o laudo estiver pronto, com enfermeiros e/ou médicos e implantação de busca ativa através dos agentes comunitários de saúde.

Outros estudos têm revelado situação semelhante em outros locais pesquisados. No estudo de Greenwood, Machado & Sampaio (2006) realizado em uma UBS de Fortaleza, os principais motivos citados pelas mulheres para o não retorno foram: situação de trabalho da mulher, as dificuldades financeiras e de locomoção, a falta de orientações adequadas por parte dos profissionais sobre a necessidade do retorno, dificuldades na transferência da data do retorno, além de longa espera para marcação da consulta e recursos materiais e humanos reduzidos. Por outro lado, algumas mulheres, desse mesmo estudo, apresentaram como justificativas problemas de fácil resolução para não terem comparecido à consulta de retorno, e, mesmo assim, não buscaram nenhuma alternativa. Esse tipo de comportamento leva a se questionar sobre a importância dada ao exame por essas mulheres, tendo em vista a consulta de retorno ser marcada com um mês de antecedência, possibilitando, mediante isto, que a mulher planeje adequadamente seu comparecimento ao serviço.

Outros fatores citados na literatura como um dos principais motivos ao não comparecimento aos serviços de saúde para buscar o resultado foi o medo da doença ao ser diagnosticada pelo exame de Papanicolaou (41,7%) e 33,3% pela demora na entrega do mesmo, fazendo com que essas mulheres retornassem ao posto de saúde por diversas vezes até obterem o êxito (PINOTTI, CARVALHO e NISIDA, 1994; AMORIM, 1997).

Outra pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Fortaleza sobre o não retorno das mulheres para receber o resultado do exame de prevenção do CCU identificou entraves na própria dinâmica do serviço que dificultavam o acesso das mulheres à consulta de retorno, como por exemplo: o número de mulheres que realizava a coleta citológica era o dobro das fichas distribuídas para atendimento no retorno, ficando, portanto, 50% dessas mulheres sem garantia de continuidade do atendimento. Além disso, inexistia, na unidade, busca ativa de mulheres examinadas em decorrência de resultados que necessitassem de intervenção ou encaminhamento com maior urgência, como nos casos de carcinoma *in situ* (VICTOR, MOREIRA e ARAÚJO, 2004).

Esta realidade dificulta o acompanhamento, a integralidade e continuidade da assistência, contribuindo para a persistência de um grave problema nessa área, que é a intervenção em fases mais avançadas da doença. É imprescindível mudar o quadro da cobertura dos exames em relação às mulheres brasileiras que ainda não têm acesso ao mesmo, no entanto, há que se pensar também na qualidade e estrutura dos serviços que oferecem o exame hoje, que não propiciam um atendimento integral à mulher de forma a combater efetivamente o CCU.

Inúmeros fatores podem estar associados à deficiência encontrada no conhecimento, atitude e prática de mulheres com relação ao exame de Papanicolaou, o que torna essencial a busca por respostas específicas a respeito dessa problemática a fim de direcionar ações integradas de educação em saúde, garantindo, assim, o maior acesso e a melhor adesão e retorno das mulheres ao exame preventivo do CCU.

5.2. Desenvolvimento da intervenção educativa

No início da pesquisa, quando as mulheres foram convidadas à sala preparada para a realização da intervenção educativa, algumas não demonstravam interesse em participar, revelando sentimentos negativos em relação a este tipo de atividade. Outras perguntavam se era obrigatório, ao que era respondido que não. Mesmo assim, a maioria, com raras exceções, participou.

Isto pode dever-se ao fato de que apesar do aumento e do acesso às informações, o cliente/usuário dos serviços de saúde continua ainda muito impotente na relação que estabelece com os profissionais da área. Porque na maior parte do tempo, a prática dos profissionais não tem sido de fortalecimento desta relação, ao contrário, ela tem consistido em ministrar, especialmente para os indivíduos, coletividades, grupos de pacientes, prescrições comportamentais enunciadas por imperativos: não fume, não faça sexo sem camisinha, use cinto de segurança, não coma em excesso (LEFÉVRE & LEFÉVRE, 2004). A própria liberdade das pessoas está cerceada por imperativos de origens institucionais e culturais, visando à manutenção da saúde (BOEHS et al., 2007).

Ainda hoje, grande parte dos profissionais de saúde bem intencionados trabalha com o conceito de cultura do início do século XX, em que “o outro” (usuário/cliente) não sabe, ou não possui algo. Em decorrência disso, faz-se necessário então desenvolver um processo educativo com a finalidade linear de “corrigir” ou “superar” o conhecimento do outro (MONTICELLI & ELSÉN, 2006). A educação em saúde trabalhada nesta perspectiva é feita pensando que aquilo que “o outro” sabe, isto é, sua cultura, é um entrave para o entendimento do que o profissional vai ensinar (BOEHS et al., 2007).

O campo da educação em saúde tem sido, desde a década de 1970, profundamente repensado e verifica-se um relativo distanciamento das ações impositivas características do discurso higienista. Paralelamente, há uma ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença, que saindo da concepção restrita do biologicismo, passa a ser concebido como resultante da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais.

Agora, as práticas pedagógicas persuasivas, a transmissão verticalizada de conhecimentos, o autoritarismo entre o educador e o educando, e as negações da subjetividade nos processos educativos tornam-se passíveis de questionamentos. É também neste contexto que surge a preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a

constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses (SMEKE & OLIVEIRA, 2001).

A partir do momento em que o trabalho ficou conhecido pela clientela, algumas participantes do grupo controle solicitaram sua participação na intervenção educativa, sendo concedida a inclusão. Assim sendo, percebe-se que não somente as mulheres que participaram da intervenção comentaram com outras mulheres sobre a experiência, como estas decidiram participar.

Desta forma, ao final do estudo, verifica-se que o grupo intervenção (n=141) teve amostra maior que a do grupo controle (n=109).

Desta maneira percebeu-se também uma melhora no potencial de práticas educativas sensíveis às necessidades das usuárias, que se tornam, por outro lado, multiplicadoras do saber. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.

Objetiva-se, ainda, que essas práticas sejam emancipatórias. A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA & VERÍSSIMO, 2003).

Outro aspecto importante para o desenvolvimento de uma prática educativa dialógica é buscar retratar a realidade das participantes. De acordo com Bossemeyer e Moura (2006), quanto mais realista for a situação de aprendizagem, mais esta será eficaz. Para tal, pode-se utilizar a teoria humanística, a qual tem como um dos principais componentes a utilização de modelos anatômicos que representam fielmente o corpo humano. Segundo os mesmos autores, esta estratégia facilita o aprendizado.

Valendo-se desta premissa, empregou-se neste estudo um modelo anatômico da pelve feminina e o mesmo material que é utilizado para realização da prevenção do CCU, conforme descrito na metodologia, para facilitar a aprendizagem durante a intervenção educativa.

Quando as mulheres entravam na sala, era notório como a presença do material utilizado para demonstrar o exame de prevenção chamava a atenção das mesmas, transparecendo a curiosidade delas em tocar no material e entender a sua devida utilização.

Após a apresentação da pesquisadora, a sessão era iniciada com a utilização do álbum. Essa estratégia também despertava nas mulheres atenção pelas figuras e descontraía o ambiente, tornando-o propício para o aprendizado.

Ao se utilizar a figura 1 (**Apêndice B**), a qual é representada por mulheres de várias idades aguardando a realização da consulta, as participantes do estudo foram solicitadas a imaginar que a figura representava a situação real do posto de saúde e que todas estavam aguardando o exame de prevenção. Após este comentário, algumas, espontaneamente, procuravam identificar-se com alguma das personagens da figura.

Quando foram questionadas sobre quais mulheres deveriam fazer o exame de prevenção (faixa etária, estado civil), as participantes emitiram suas opiniões instantaneamente, mesmo que os argumentos divergissem um dos outros, até chegar-se à conclusão de que independente de faixa etária, estado civil e número de parceiros, todas as mulheres devem submeter-se ao exame de Papanicolaou.

A partir das figuras 2 e 3 (**Apêndice C**), todas as situações representadas têm uma personagem principal, que protagoniza as reflexões e discussões. As mulheres foram estimuladas a escolher um nome para esta personagem, o que aconteceu com muita descontração e envolvimento. Algumas vezes, foi dado o nome de alguma das mulheres do próprio grupo.

Essas duas figuras foram facilmente interpretadas e tinham como objetivo discutir sobre os cuidados necessários que a mulher deve ter para realizar o exame preventivo. As que já sabiam sobre algum cuidado, rapidamente falavam, e as que não sabiam algum ou nenhum cuidado, conseguiam identificá-lo por meio das figuras. Neste espaço de tempo foram esclarecidas algumas dúvidas que surgiram sobre os cuidados necessários.

Outro aspecto importante percebido durante a intervenção educativa, foi o fato de esta favorecer a interação entre as participantes. Durante a discussão sobre a figura 4 (**Apêndice D**), a qual retrata o exame de prevenção propriamente dito, sendo realizado propositalmente por um profissional do sexo masculino, as mulheres que nunca tinham se submetido ao exame ou as que tinham muita dificuldade em realizá-lo expressavam seus sentimentos, compartilhando-os com o grupo. As demais deram depoimentos, encorajando essas mulheres à realização do exame e afirmando que era importante realizá-lo anualmente. Esta figura foi uma das que estimulou mais reflexão no grupo, pois gerou várias discussões importantes ligadas ao CCU, que precisam ser esclarecidas. Primeiramente, utilizando-se o nome escolhido pelo grupo para a personagem principal, perguntava-se para as mulheres os sentimentos da personagem. Percebeu-se que as mulheres, ali, relatavam seu

próprio sentimento em relação ao exame, como se a personagem estivesse sentindo o mesmo. E, assim, algumas respostas citadas foram: medo, nervosismo, vergonha, entre outros.

Neste instante, foi discutido com as participantes que esses sentimentos podem surgir, mas que não devem impedi-las de buscar melhoras para suas saúdes e qualidade de vida. Quando havia alguma participante que realizaria o exame pela primeira vez, estimulava-se a reflexão sobre outras atividades realizadas anteriormente, em que na primeira experiência lhe pareceu difícil devido aos comentários negativos, no entanto, posteriormente, se revelaram factíveis. Em alguns momentos, outras participantes do grupo descreviam experiências pessoais sobre o exame e encorajavam as demais.

Também, outro fato gerou comentários sobre a figura 4: um profissional do sexo masculino estar realizando o exame. Algumas falaram que não se importavam ou até preferiam, mas a maioria referiu que não aceitava. Assim, a questão do gênero também era debatida.

Ainda nesta figura, as mulheres eram questionadas sobre qual categoria profissional está capacitada para realizar o exame de prevenção. Muitas citaram que somente o ginecologista poderia fazer o exame, negando a capacitação do médico generalista e do enfermeiro. Neste íterim, era reforçada a capacitação destes dois profissionais para realização do exame e que na unidade em que elas estavam, o mesmo era feito por enfermeiros.

Por fim, na figura 5 (**Apêndice E**), que contempla a consulta de retorno, debateu-se sobre a ineficácia de transpor a dificuldade de acesso ao exame e a de enfrentar o medo, a timidez e o nervosismo, quando as mulheres que realizaram o exame não retornam para receber o resultado. Era reforçada a idéia de que embora pudessem ser tratadas durante a consulta para minimizar alguma queixa, o objetivo fundamental da consulta é a prevenção do câncer cérvico-uterino e que esta só é efetiva quando a mulher retorna para receber o resultado.

A experiência de utilizar uma estratégia educativa de forma dialógico-reflexiva é enriquecedora e gratificante. O papel principal deixa de ser do coordenador para ser dos participantes, que discutem sem dificuldade, independente da escolaridade, haja vista a intervenção ter sido elaborada com situações da sua realidade. Com isto, é notório o interesse dos integrantes que são totalmente ativos nesse processo, sendo co-participantes no processo de aprendizagem.

A utilização das figuras possibilitou discussões e reflexões críticas, e as fichas-roteiro nortearam as mesmas, o que transcorreu em um tempo de qualidade, estimado de 15 a

20 minutos. Foram realizadas cerca de 20 intervenções educativas durante este estudo, com a participação de 150 mulheres.

Desta feita, todos os tópicos relacionados nas fichas-roteiro foram discutidos e, por vezes, novos aspectos surgiam durante o diálogo sobre o tema. Percebeu-se que as situações-problema foram selecionadas adequadamente, pois suscitaram ricos debates nos grupos, ou seja, foram realmente figuras geradoras de discussão decodificadas pelos grupos. É interessante ressaltar que esta estratégia possibilitou o avanço das discussões para questões ligadas à realidade local intrínsecas ao posto de saúde, bem como às questões sociais, políticas e econômicas ligadas à realidade extrínseca ao mesmo.

Na última fase da intervenção foi exibido o material utilizado durante a prevenção do CCU. Os espelhos foram passados de mão-em-mão entre as participantes, que tinham oportunidade de manipulá-los. Após isto, foi introduzido o espelho no canal vaginal do modelo anatômico conforme a técnica, sendo, em seguida, mostrado a cada uma o colo uterino. Esse momento era de extrema surpresa para elas. A partir de então, foi simulada uma coleta do exame, explicando-se cada passo.

5.3 Avaliação dos efeitos da intervenção educativa

A fim de testar a eficácia da randomização realizada nesta pesquisa, análises foram feitas comparando os grupos controle e intervenção em relação às variáveis demográficas e sobre a avaliação do conhecimento, da atitude e da prática do exame de Papanicolaou. Os grupos intervenção e controle não diferiram significativamente em nenhuma das variáveis analisadas (Tabela 4). Essa constatação reforça os resultados do estudo, mostrando que os efeitos da intervenção educativa não foram influenciados por outros fatores além da intervenção educativa e garantia da consulta de retorno.

Tabela 4. Comparação das variáveis de identificação nos grupos controle e intervenção. Fortaleza, Ceará, 2008.

<i>Características</i>	<i>CONTROLE (N= 109)</i>			<i>INTERVENÇÃO (N=141)</i>			<i>TESTE</i>	
	<i>Média (±DP)</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>Média (±DP)</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>t**</i>	<i>p</i>
Idade	33,9(±12,9)	14	71	33,8(±12,7)	14	71	0,101	0,920
IVS	16,9 (±3,2)	11	32	16,8 (±3,1)	12	32	0,023	0,982
	N	%		N	%		X^{2***}	p
Estado Conjugal								
Com companheiro	78	71,6		86	61,0		3,042	0,081
Sem companheiro	31	28,4		55	39,0			
Escolaridade (anos)*								
≤ 9	83	76,9		118	83,7		1,837	0,175
> 9	25	23,1		23	16,3			
Trabalha Fora								
Sim	42	38,5		51	36,2		0,147	0,702
Não	67	61,5		90	63,8			
Mora Próximo								
Sim	103	94,5		130	92,2		0,512	0,474
Não	06	5,5		11	7,8			
Conhecimento								
Adequado	48	43,6		62	56,4			
Inadequado	53	37,9		87	62,1		0,854	0,355
Atitude								
Adequada	34	30,9		76	69,1			
Inadequada	36	25,7		104	74,3		0,825	0,364
Prática								
Adequada	72	65,5		38	34,5			
Inadequada	97	69,3		43	30,7		0,413	0,521

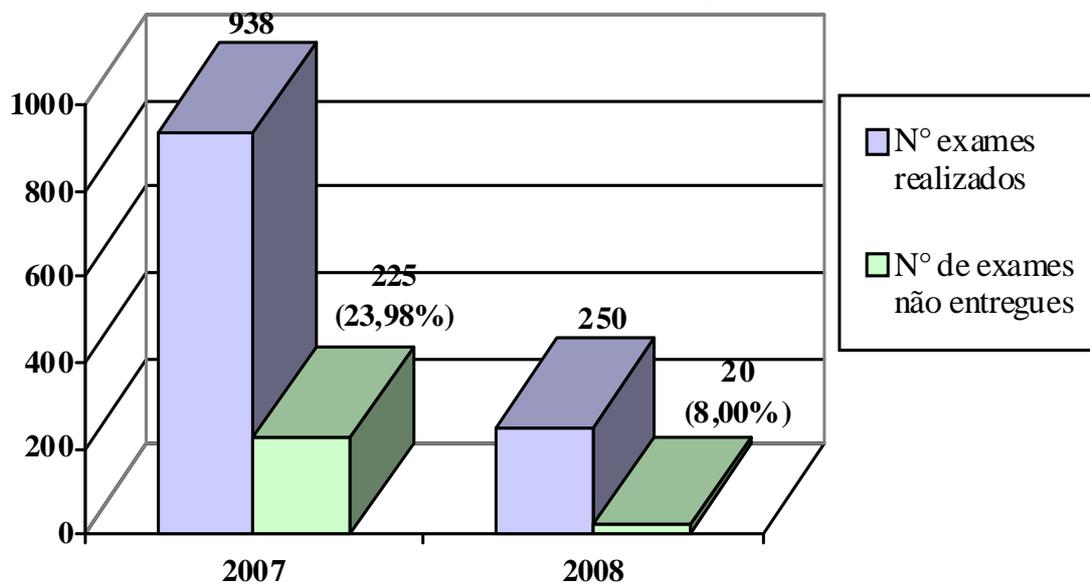
* Falta 1 resposta

** Teste T para comparação das médias

*** Teste do Qui-quadrado

Em pesquisa anterior, relacionada à taxa de exames retidos na referida instituição, de 938 exames realizados no período de fevereiro a novembro de 2007, 225 (23,98%) ainda encontravam-se no serviço até o dia 28 de janeiro de 2008 (VASCONCELOS NETO *et al.*, 2008). Esse resultado não revela se os exames estavam retidos na instituição porque as mulheres não retornaram para recebê-los ou se não tiveram acesso à consulta de retorno. No entanto, vale ressaltar que até o momento desta pesquisa, a instituição não garantia consulta de retorno às mulheres que realizavam o exame de Papanicolaou. Das 250 mulheres que realizaram o exame durante o presente estudo, somente 20 (8,0%) não compareceram à consulta de retorno (**Gráfico 3**).

Gráfico 3. Comparação entre o número de exames realizados e o número de exames não entregues nos anos de 2007 e 2008. CESAF Aída Santos e Silva, Fortaleza, Ceará, 2008.



Das 230 (92%) mulheres que retornaram para a consulta no presente estudo, 173 (75,2%) compareceram na data apazada e 57 (24,8%) após a data apazada (Tabela 5). Dentre os motivos citados para o não comparecimento na data apazada, os que mais se destacaram foram: “devido ao trabalho” (28,0%), “estava com um familiar doente” (12,2%), “esqueceu o dia da consulta” (12,2%), “não deu” (8,7%) e “viagem” (5,2%).

Percebe-se que um percentual considerável de mulheres (24,8%) retorna para receber o resultado do exame após a data apazada, o que reforça a necessidade de um serviço com consulta de retorno normatizada na instituição, no qual a mulher saiba o dia em que pode

retornar, caso perca a consulta agendada. Assim, com efeito, o número de exames retidos irá diminuir.

Durante a pesquisa garantiu-se a consulta de retorno com data e horário específicos colocados no cartão de retorno da mulher. Todavia, foi explicado que, caso não pudesse comparecer, poderia voltar às quintas-feiras, no mesmo horário, que seria atendida por ordem de chegada.

Quando foram entregues às mulheres os cartões de retorno com a data já marcada, elas ficaram entusiasmadas e satisfeitas, emitindo comentários do tipo: “agora, sim!”, “que maravilha!”, “não vou precisar ir para a fila?!”, entre outros.

Esses dados são de relevância, na medida em que permitem afirmar que somente o fato de ter consulta de retorno, como no caso do grupo controle (n = 110), a taxa de exames retidos na instituição caiu de 23,98% para 10,0%. Quando se associou a consulta de retorno à intervenção educativa (grupo intervenção/n = 140), essa taxa baixou para 6,4% (**Tabela 5**).

Tabela 5. Avaliação do retorno por grupo pesquisado. Fortaleza, Ceará, 2008.

AVALIAÇÃO DO RETORNO	GRUPO				TOTAL	
	CONTROLE		INTERVENÇÃO		N	(%)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Não Compareceu	11	10,0	09	6,4	20	8,0
(%)		55,0		45,0		100,0
Compareceu na data	78	70,9	95	67,9	173	69,2
aprazada	(%)	45,1		54,9		100,0
Compareceu após	21	19,1	36	25,7	57	22,8
a data aprazada	(%)	36,8		63,2		100,0
TOTAL	110	100,0	140	100,0	250	100,0
(%)		44,0		56,0		100,0

Teste do qui-quadrado = 2,250 (p=0,325)

Durante a pesquisa, não foram encontrados estudos com realização de intervenções para diminuir a taxa de não retorno, no entanto, há os que utilizaram intervenções para aumentar a adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou. A revisão sistemática de 46 estudos, com 63 intervenções distintas, mostrou que a maioria das intervenções conseguiu êxito, embora na maioria dos casos esse aumento não tenha sido significativo. Dentre as intervenções estudadas, a mais efetiva foi a que contava com a participação de uma enfermeira, responsável por sensibilizar as mulheres em relação ao exame de Papanicolaou, oferecendo-o para ser realizado no mesmo dia. Esta estratégia aumentou a adesão em 32,7% (IC 95%: 20,5 - 44,9) (YABROFF, MANGAN, MANDELBLATT; 2003). O estudo dessas

intervenções pode possibilitar a adaptação das estratégias utilizadas em relação ao não retorno das mulheres.

Outro dado importante foi que das 07 mulheres do grupo controle (GC) que não retornaram para receber o último resultado do exame de Papanicolaou, 71,4% (n=5) compareceram à consulta de retorno durante a pesquisa. E, em relação ao grupo intervenção (GI), das 08 mulheres que não retornaram para receber o último resultado, 100% compareceram à consulta de retorno durante esta pesquisa (**Tabela 6**).

O fato de a maioria das mulheres que não retornaram anteriormente terem regressado durante a pesquisa, reforça ainda mais a idéia das vantagens da organização do serviço e flexibilidade em relação à consulta de retorno. Todavia, há que se enfatizar a relevância do componente educativo, que também gerou uma diminuição ainda maior nessas taxas.

Tabela 6. Distribuição da amostra* segundo o grupo pesquisado e o retorno para receber o resultado anterior e o atual. Fortaleza, Ceará, 2008.

GRUPO CONTROLE				GRUPO INTERVENÇÃO			
(N=98)				(N= 125)			
Recebeu resultado ANTERIOR				Recebeu resultado ANTERIOR			
SIM		NÃO		SIM		NÃO	
(N=91)		(N=07)		(N=117)		(N=08)	
Recebeu resultado ATUAL		Recebeu resultado ATUAL		Recebeu resultado ATUAL		Recebeu resultado ATUAL	
NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
08	83	02	05	05	112	00	08
(8,8%)	(91,2%)	(28,5%)	(71,4%)	(4,3%)	(95,7%)	(0,0%)	(100,0%)

* Foram excluídas 27 mulheres que estavam realizando o exame pela primeira vez.

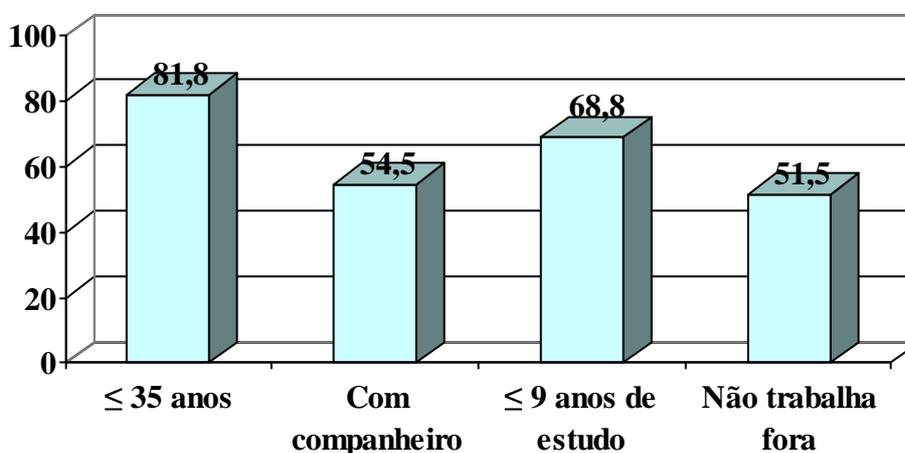
A análise dos exames de Papanicolaou realizados durante esta pesquisa revelou que 53 (21,2%) amostras foram insatisfatórias, 237 (94,8%) apresentaram processo inflamatório [leve = 78, moderado = 118 e acentuado = 41], 12 (4,8%) alteração celular [08 HPV e NIC I e 04 ASCUS].

As mulheres com exames cujas amostras foram insatisfatórias e não retornaram para receber o resultado perderam a oportunidade de colher uma nova amostra, o que deveria ser feito o quanto antes. As demais, com presença de processo inflamatório e alteração celular

deixaram de ser avaliadas quanto à necessidade de tratamento e acompanhamento semestral, respectivamente.

Foram encontradas proporções mais altas de não comparecimento à consulta de retorno com os seguintes fatores: idade menor ou igual a 35 anos, morar com o companheiro, ter 9 anos ou menos de estudo e não trabalhar fora de casa (**Gráfico 4**). A idade foi o único fator que teve associação estatística com o não comparecimento à consulta de retorno ($p=0,023$). Somente 05 (18,5%) das mulheres que estavam realizando o exame pela primeira vez, não retornaram.

Gráfico 4. Distribuição dos fatores relacionados às maiores porcentagens de não comparecimento à consulta de retorno. Fortaleza, Ceará, 2008.



A investigação do perfil das mulheres que não retornam para receber o resultado é importante, tendo em vista que a intervenção educativa deve contemplar com maior ênfase essa clientela, a fim de diminuir ainda mais as taxas de não retorno para receber o resultado do exame. A idade abaixo de 35 anos tem se repetido como característica das mulheres que não retornam, como no estudo de Victor, Moreira e Araújo (2004), em que se realizou um levantamento, no período de 1992 a 1998, encontrando-se um total de 326 exames retidos em uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza. Desse total, a maioria estava na faixa etária de 30 a 35 anos, 72,4% eram de mulheres que estavam realizando a consulta pela primeira vez e 53,0% eram casadas. Nessa UBS também não era assegurada consulta de retorno.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha de Freire (1989) como referencial teórico para a criação e aplicação da intervenção educativa foi oportuna, pois se pôde desenvolver o potencial inerente de cada mulher para o aprendizado, para a mudança, quando lhes é dada a oportunidade de discutir, de participar e de agir.

A aplicação da estratégia elaborada durante esta pesquisa, utilizando os conceitos de Freire (1989), bem como o uso de figuras, demonstrou sua efetividade, na medida em que despertou o interesse das mulheres, mesmo as que eram do grupo controle, em participar da intervenção educativa e em debater sobre a problemática em questão. A utilização dos princípios freireanos também possibilitou a aproximação com a clientela por meio da realização do inquérito CAP, durante o qual se realizou o levantamento do universo vocabular das mulheres, bem como a avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao exame de Papanicolaou.

Quanto ao conhecimento sobre o Papanicolaou, apenas 40,4% foram classificadas com conhecimento adequado. Embora 98,4% das entrevistadas informaram ter ouvido falar do exame, somente 54,8% sabiam que o exame serve para prevenir o CCU. Dentre as demais finalidades do exame citadas, a que se sobressaiu foi detectar ou prevenir aids (42,1%). Esses resultados podem ser devido à inexistência de atividades educativas sobre a prevenção do CCU e de DST/aids na unidade pesquisada.

Em relação à atitude das mulheres frente ao exame, apenas 28% foram classificadas com atitude adequada. A maioria (42,8%) referiu como motivo para a realização do exame o fato de estar apresentando alguma queixa. Por outro lado, somente 10% citaram a prevenção do CCU como razão para sua realização. Dentre as queixas mais citadas estão: dor pélvica (33%), leucorréia (15,1%) e prurido vulvar (14,2%).

No que se refere à prática do exame, 67,6% foram classificadas como adequada. A maioria (72,8%) das mulheres entrevistadas argumentou realizá-lo com intervalo não superior a três anos.

As mulheres que utilizaram a unidade básica de saúde pesquisada a fim de realizar o exame de prevenção do CCU tiveram altas proporções de conhecimento e atitude inadequadas quando comparadas à de prática, o que reflete a necessidade de se realizar estratégias educativas sobre a prevenção do CCU, como a utilizada nesta pesquisa.

Embora não tenha sido encontrada diferença estatisticamente significativa entre as taxas de não retorno dos grupos controle e intervenção, esses dados são relevantes, na medida

em que permitem afirmar que somente o fato de ter consulta de retorno, como no caso do grupo controle (n = 110), a taxa de exames retidos na instituição caiu de, aproximadamente, 24% para 10%. Quando se associou a consulta de retorno à intervenção educativa (grupo intervenção/n = 140), essa taxa baixou para 6%.

Como contribuição deste estudo, os dados preliminares foram apresentados à Coordenação de Saúde da Mulher da Secretaria Executiva Regional II, a qual pertence à unidade pesquisada, bem como aos profissionais que coordenam as ações de saúde da mulher em suas unidades. Após esta apresentação, foi debatido que as altas taxas de exames retidos eram reflexos da não garantia da consulta de retorno e não realização de atividades educativas sobre o tema, e que essa situação não se restringiam apenas à unidade pesquisada, o que é um fator preocupante para a saúde das mulheres cearenses.

A partir deste estudo, os coordenadores do Programa de Saúde da Mulher, da unidade pesquisada, comprometeram-se a re-estruturar a dinâmica do serviço para garantir a consulta de retorno, o que já está ocorrendo. Todavia, não há, ainda, um horário específico para este tipo de atendimento e não há flexibilidade na remarcação, caso a mulher não retorne na data aprazada.

Alguns profissionais já estão realizando atividades educativas sobre a prevenção do CCU com as mulheres que comparecem a fim de realizar o exame, dando ênfase à consulta de retorno. Contudo, essa atividade educativa ainda consiste apenas de uma conversa informal sobre o tema, em uma sala reservada, sem a utilização de recursos visuais ou mesmo de um referencial teórico.

Devido aos dados do estudo, já foi implementado na unidade, um serviço de colposcopia, no qual as mulheres que apresentam alguma alteração no exame citopatológico são prontamente captadas e acompanhadas.

Faz-se necessária também, a realização de outros estudos que proponham intervenções, testando sua eficácia, com a finalidade de contribuir para a melhoria da assistência à saúde da mulher. Outras estratégias podem ser realizadas a fim de diminuir as taxas de não retorno para receber o exame preventivo como envio de mensagens por celular, ligação telefônica, fita com a data do retorno colocada no pulso, entre outras. Outra sugestão que pode ser apontada é a de que, depois de normatizada a consulta de retorno para todas as mulheres, se compare as taxas de retorno entre um grupo que utilize somente a intervenção educativa com outros tipos de intervenções.

O resultado desta pesquisa demonstrou que é primordial a garantia de consulta de retorno às mulheres que realizam o exame de Papanicolaou em um dia normatizado pela

instituição, com flexibilidade no atendimento às mulheres que não comparecem na data aprazada, para diminuir as taxas de não retorno. Além disso, quando associada à garantia de consulta de retorno à utilização da intervenção educativa, sugerida nesta pesquisa, a taxa de não retorno é bem menor, assim pode-se garantir serviço de qualidade na prevenção e controle mais efetivo do câncer cérvico-uterino.

REFERÊNCIAS

1. ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.2, p.315-319, abr./jun. 2007.
2. AMORIM, T. Prevenção do câncer cérvico-uterino: uma compreensão fenomenológica. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem UFMG; 1997.
3. AMORIM, V.M.S.L.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G. *et al.* Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2329-2338, 2006.
4. ANDRADE, S. M.; SILVA, D. W.; SOARES, D. A.; TURINI, B. *et al.* Cobertura e fatores associados com a realização do exame de Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.1, p.24-31, 2006.
5. BOEHS, A.E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A.M.; HEIDMANN, I.B.S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.2, p.307-14, abr./jun. 2007.
6. BOSSEMEYER, D.; MOURA, E. R. F. **Formação de formadores:** manual de referência (revisão e adaptação para o Programa de Apoio a Prevenção do HIV/SIDA). Baltimore: JHPIEGO/Johns Hopkins University, 2006.
7. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n.2, p.15-25, 1996. Suplemento.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Ações de Enfermagem para o controle de câncer.** Rio de Janeiro: Pró-Onco, 1997.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Conhecendo o Viva Mulher.** Programa nacional de controle do câncer de colo do útero e da mama. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2001a.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Guia prático do programa de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001b.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto promoção da saúde: declaração de Alma-Ata, carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall, declaração de Santafé de Bogotá, declaração de Jacarta, rede dos megapaíses, declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico: prevenção do câncer de colo uterino**. Brasília, 2002.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/versaofinal.pdf> . Acessado em: 10/07/07.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2.ed.- Rio de Janeiro:INCA, 2006a.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS nº2**. Temático Saúde da Mulher v.1; 2006b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_indicadores_do_sus.pdf. Acessado em: 22/08/07.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006c.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
18. BRENNAN, S. M. F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.909-914, jul./ago. 2001.
19. CAVALCANTE, M. M. B. **A atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino**. Monografia de especialização

em Saúde da Família, pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia/ Universidade Estadual Vale do Acaraú. 2004. 74fls.

20. CESAR, J.A.; HORTA, B.L.; GOMES, G.; HOULTHAUSEN, R.S.; WILLRICH, R.M.; KAERCHER, A. et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1365-72, 2003.
21. CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.D.L.O.R. A educação em saúde na prática do PSF. In: Ministério da Saúde (BR), Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo. Manual de enfermagem: Programa Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2001. p.34-42.
22. COUGHLIN, S.S.; UHLER, R.J. Breast and cervical screening practices among Hispanic women in the United States and Puerto Rico, 1998-1999. **Prev. Med.**, v.34, p.242-251, 2002.
23. CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.701-709, out./dez. 1999.
24. DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; SILVA, R.A.R.; SILVA, D.A.R. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.3, p.296-302, 2005.
25. DERCHAIN, S. F. M.; LONGATTO FILHO, A.; SYRJANEN, K. J. Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.27, n.7, p.425-433, 2005.
26. ENLUF-NETO, J.; NASCIMENTO, CM. Cervical câncer in Latin América. **Semin Oncol**; v.28, p.188-97, 2001.
27. FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.48, n.2, p.223-30, 2002.
28. FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
29. FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 19ª ed., 150p., 1989.

30. FREITAS, F. et al. **Rotinas em Ginecologia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
31. GAMARRA, C.J.; PAZ, E.P.A.; GRIEP, R.H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.2, p.270-6, 2005.
32. GERK, M.A.S.; BARROS, S.M.O. Intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em dois serviços públicos de assistência à saúde da mulher. **Acta Paul. Enferm.**, v.18, n.3, p.260-8, 2005.
33. GESTEIRA S.M.A.; LOPES, R.L.M. Ano 2000 ... e o câncer cérvico-uterino ainda é um problema de saúde pública no país. **Rev Baiana Enferm.**, v.13, n.1/2, p.93-101, 2000.
34. GREENWOOD, S.A.; MACHADO, M.F.A.S.; SAMPAIO, N.V.V. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado do exame de Papanicolaou. **Rev.Latino-am Enfermagem**, v.14, n.4, p.503-09, 2006.
35. HULLEY, S.B; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
36. ISLA, V. Câncer cérvico-uterino: el cancer que no debe matar. **Agenda Salud**, v.25, p.1-8, 2002.
37. JEKEL JF, ELMORE JG, KATZ DL. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
38. KALIYAPERUMAL K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illumination**, v.4, n.1, p.7-9, 2004.
39. LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A.M.C. **Promoção da saúde - a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent. 2004.
40. LOPES, E.R.; ROBELO, M.S.; ABREU, E.; COSTA, S.V.L.; AMARAL, E.A.L.; FREITAS, L.M. Comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvico-uterino. **J Bras Ginecol**, v.105, n.11/12, p.505-16, 1995.
41. LUCARINI, A.C.B.S.; CAMPOS, C.J.G. The search for the accomplishment of the preventive examination of cancer cytology: a qualitative study. **Online Brazilian Journal**

of Nursing [Online], vol. 6, n.0, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/671/156> . Acessado em 14/03/2007.

42. MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. 4^a ed. São Paulo: Atlas; 2004.
43. MARCUS, A.C.; CRANE, L.A. A review of cervical cancer screening intervention research: implications for public health programs and future research. **Prev. Med.**; v.27, p.13-31, 1998.
44. MARTINS, L.F.L.; THULER, L.C.S.; VALENTE, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet**, n.27, v.8, p.485-92, 2005.
45. MEISSNER, H.I.; BREEN, N.; COYNE, C.; LEGLER, J.M.; GREEN, D.T.; EDWARDS, B.K. Breast and cervical cancer screening interventions: an assessment of the literature. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.**, v.7, p.951-61, 1998.
46. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BR). Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. 2002. Acessado em 09/10/2008. Disponível em: <http://www.inde.gov.mz/docs/monieduca10.doc>
47. MONTICELLI, M.; ELSÉN, I. A cultura como obstáculo: percepções de enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.1, p.26-34, jan./abr. 2006.
48. NASCIMENTO, C.M.; ELUF-NETO, J.; REGO, R.A. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. **Bull Pn Am Health Organ**, v.30, n.4, p.302-12, 1996.
49. OLIVEIRA, M.M.H.N.; SILVA, A.A.M.; BRITO, L.M.O.; COIMBRA, L.C. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luis, Maranhão. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.9, n.3, p.325-34, 2006.
50. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales**. 2007.

51. PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. de B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v.26, n.2, p.319-324, 2004.
52. PESSINI, S. A.; SILVEIRA, G. P. G. Câncer genital feminino. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANE, E. R.J. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.470-80.
53. PINHO, A. A.; FRANÇA-JÚNIOR, I. Prevenção do câncer de colo o útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.3, n.1, p34-38, jan./mar. 2003.
54. PINHO, A. A.; FRANÇA-JÚNIOR, I; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, vol.19, sup.2, p303-313, 2003.
55. PINNOTI, J.A. **Saúde da mulher**. São Paulo: Parâmetro; 1996.
56. PINNOTI, J.A.; CARVALHO, J.P.; NISIDA, A.C.T. Implantação de programa de controle de câncer de colo uterino. **Rev. Ginecol Obstet.**, v.5, n.1, p.5-11, 1994.
57. POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
58. PREFEITURA DE FORTALEZA (CE). Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher e de Gênero. Célula de Atenção Básica. **Prevenção do câncer de colo de colo do útero e de mama: o câncer pode ser evitado** (Folheto educativo). Fortaleza, [2006].
59. SANTOS, M.C.L.; FERNANDES, A.F.C.; CAVALCANTE, P.P. Consulta ginecológica – Motivações e conhecimento da mulher sobre a prevenção do câncer do colo do útero. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.5, n.1, p. 22-26, jan./jun. 2004.
60. SARAIYA, M.; LEE, N.C.; BLACKMAN, D.; SMITH, M.J.; MORROW, B.; MCKENNA, M.T. Observations from CDC. An assesment of Pap semears and hysterectomies among women in the United States. **J Womens Health Gend Based Med.**, v.11, n.2, p.103-9, 2002.

61. SMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM, organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC; 2001. p.115-36.
62. SMS. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Resgate histórico da saúde de Fortaleza 1990-2003**. Fortaleza: SMS, 2004. [Mimeo] [[Links](#)]

63. VASCONCELOS NETO, J.A.; VASCONCELOS, C.T.M.; CASTELO, A.R.P.; MEDEIROS, F.C.; PINHEIRO, A.K.B. Prevenção do câncer cérvico-uterino: cobertura e análise dos exames não retirados de uma unidade de saúde. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**; v.20, p.189, 2008. Suplemento 1.

64. VICTOR, J. V.; VIEIRA, N. F. C. A educação em saúde no contexto da prática do enfermeiro no PSF. In: Barroso MGT, Varela (organizadores). **Saúde da Família – Abordagem Multirreferencial em Pesquisa**. Sobral: Edições UVA, 2002. p.75-87.

65. VICTOR, J.F.; MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, A.R. Exames de prevenção de câncer de colo uterino realizados e não retirados de uma Unidade Básica de Fortaleza – Ceará. **ACTA Paul. Enf.**, v.17, n.4, p.407-11, out./dez. 2004.

66. YABROFF, K.R.; MANGAN, P.; MANDELBLATT, J. Effectiveness of interventions to increase Papanicolaou smear use. **The Journal of the American Board of Family Medicine (JABFP)**, v.16, n.3, p.188-203, may/june. 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE A

INQUÉRITO CAP SOBRE O EXAME DE PAPANICOLAOU

DIA DA COLETA: () SEGUNDA () TERÇA () QUARTA N° _____

DATA DO EXAME: ____/____/____

Idade: _____ **Estado Civil:** () 1-solteira 2- casada 3-un. estável 4-viúva
Escolaridade: () 1- Analfabeto 2- Ens. Fundamental Incomp. 3- Ens. Fund. Completo
4- Ens. Médio Incompleto 5- Ens. Médio Completo 6- Ens. Superior
Trabalha fora: () 1-Sim 2-Não **Quantas vezes na semana:** _____/semana
Idade do início da atividade sexual: _____
Mora próximo ao posto de saúde: () 1-Sim 2- Não

• **CONHECIMENTO SOBRE O EXAME DE PREVENÇÃO DO CCU:**

- A. Você já ouviu falar sobre o exame de prevenção do CCU?
() 1- Sim 2- Não
- B. Você sabe para que serve este exame? () 1- Prevenir o CCU 2- Outras finalidades
3- NÃO SABE Qual? _____
- C. Você poderia dizer dois cuidados necessários que a mulher deve tomar para realizar este exame? (,) 1- Não ter relação sexual 24 horas antes 2- Não estar menstruada 3- Aparar os pêlos pubianos 4- Não usar duchas e cremes vaginais 48h antes do exame 5- Não sabe/não lembra
- **AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO:** () 1-ADEQUADO 2-INADEQUADO

• **ATITUDE SOBRE O EXAME DE PAPANICOLAOU:**

- A. Por que você veio realizar este exame hoje?() 1-prevenir o CCU 2-outra causa
Qual? _____
- **AVALIAÇÃO DA ATITUDE:** () 1-ADEQUADA 2-INADEQUADA

• **PRÁTICA EM RELAÇÃO AO EXAME DE PAPANICOLAOU:**

- A. Você realiza o exame com que periodicidade ? ()
1- 1ª VEZ 2- < 1ano 3- anualmente 4- 2/2 anos 5- 3/3 anos 6- > 3anos
- B. Quando você realizou este exame pela última vez ? ()
1- 1ª VEZ 2- não lembro/não sei 3- ≤ de 3 anos 4- > de 3 anos
- C. Você retornou para receber resultado do último exame? () 1-Sim 2-Não 3- Não lembra
Se NÃO, por que? _____
Se SIM, você mostrou o resultado para algum profissional de saúde? ()
1-SIM 2-NÃO 3- Não lembra
Se NÃO, por que? _____
- **AVALIAÇÃO DA PRÁTICA:** () 1-ADEQUADA 2- INADEQUADA

DATA APRAZADA PARA O RETORNO: ____/____/____

AVALIAÇÃO FINAL: () (DATA: ____/____/____)

1-NÃO COMPARECEU À CONSULTA DE RETORNO

2-COMPARECEU À CONSULTA DE RETORNO NA DATA APRAZADA

**3-COMPARECEU À CONSULTA DE RETORNO APÓS A DATA APRAZADA
POR QUE? _____**

RESULTADO:

EPITÉLIO REPRESENTADO () 1-ESCAM. 2- ESCAM. e GLANDULAR

AMOSTRA () 1- SATISF. 2-INSATISF.

INFLAMAÇÃO () 0- AUS. 1-LEV. 2-MOD. 3 ACENT.

MICROBIOLOGIA() 0 – AUS. 1- CO./BAC. 2- LACTB. 3-GARD. 4- CAND.
5- TRICO. 6-GON.

ALTER. CELULAR () 0 – AUSENTE 1- NIC I+ HPV 2- NIC II e III

APÊNDICE B

FIGURA 1.



FICHA-ROTEIRO 1

TEMA: QUAIS MULHERES DEVEM REALIZAR O EXAME PREVENTIVO?

- DISCUTIR SOBRE VULNERABILIDADE;
- FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER;
- DISCUTIR SOBRE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
- AUTONOMIA E CO-RESPONSABILIDADE NA BUSCA PELA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CCU.

APÊNDICE C

FIGURAS 2 e 3.



FICHA-ROTEIRO 2

TEMA: QUAIS OS CUIDADOS PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO?

- Abstenção sexual
- Higiene íntima
- Menstruação
- Duchas e cremes vaginais

APÊNDICE D

FIGURA 4.



FICHA-ROTEIRO 3

TEMA: O EXAME DE PAPANICOLAOU

- FINALIDADES DO EXAME
- PARA QUE NÃO SERVE O EXAME
- DIFICULDADES PARA REALIZAR O EXAME: PESSOAIS E INSTITUCIONAIS
- SENTIMENTOS FRENTE AO EXAME
- PROFISSIONAIS CAPACITADOS PARA REALIZAR O EXAME

APÊNDICE E

FIGURA 5.



FICHA-ROTEIRO 4

TEMA: A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA DE RETORNO

- RESULTADO DO EXAME X CONSULTA DE RETORNO
- DIFICULDADES PARA RECEBER O EXAME: PESSOAIS E INSTITUCIONAIS
- SENTIMENTOS FRENTE AO RESULTADO EXAME
- CONSEQUÊNCIAS DE NÃO RETORNAR PARA RECEBER O EXAME
- PERIODICIDADE DO EXAME

APÊNDICE F

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Sra. Coordenadora da Unidade Básica de Saúde Aída Santos,

Solicito a V.Sa. autorização para levantamento de dados para dissertação de mestrado, cujo título é **EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO RETORNO DAS MULHERES PARA RECEBER O RESULTADO DO EXAME DE PAPANICOLAOU**, que deverá ser realizada com mulheres adultas, acima de 18 anos de idade, que comparecerem a esta unidade a fim de realizar este exame. O estudo tem como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção educativa no retorno dessas mulheres para receber o resultado deste exame. Os dados serão coletados enquanto as mulheres aguardam a consulta de enfermagem para realização do exame de Papanicolaou e, logo em seguida, será realizada uma sessão educativa com uma parte das mulheres na sala de reuniões desta unidade. Ressalto que serão garantidos o sigilo e anonimato de todas as participantes e a pesquisa somente prosseguirá com as mulheres que aceitarem participar do estudo. Finalmente será repassada a instituição uma cópia do relatório final como uma forma de contribuição para o aperfeiçoamento do trabalho realizado.

Atenciosamente,

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Mestranda em Enfermagem

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Grupo de intervenção

Eu, CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS, enfermeira, aluna do mestrado em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa com mulheres que realizam o exame de prevenção do câncer de colo uterino. Nesse sentido, solicito sua participação nesta pesquisa, na qual serão coletados dados sobre você através do preenchimento de um formulário e também será realizada uma sessão educativa sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino. Informo que está garantido o sigilo de todas as informações referidas, bem como, ficará assegurado o seu direito de continuar ou desistir da pesquisa a qualquer momento que a senhora desejar, sem que isto venha a trazer qualquer prejuízo à sua saúde e ao seu cuidado.

Os dados coletados serão apresentados ao Curso de Mestrado em Enfermagem e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando a confidencialidade das identidades. Ressalto a importância da sua valiosa participação, para melhoria do atendimento às mulheres que realizam o exame de prevenção do câncer de colo uterino.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar da pesquisa e declaro que não me oponho à participação na sessão educativa.

Em ___/___/___

Assinatura da participante do estudo

Em ___/___/___

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Enfermeira pesquisadora

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Grupo controle

Eu, CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS, enfermeira, aluna do mestrado em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa com mulheres que realizam o exame de prevenção do câncer de colo uterino. Nesse sentido, solicito sua permissão para coletar dados sobre sua pessoa através do preenchimento de um formulário. Informo que está garantido o sigilo de todas as informações referidas, bem como, ficará assegurado o seu direito de continuar ou desistir da pesquisa a qualquer momento que a senhora desejar, sem que isto venha a trazer qualquer prejuízo à sua saúde e ao seu cuidado.

Os dados coletados serão apresentados ao Curso de Mestrado em Enfermagem e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando a confidencialidade das identidades. Ressalto a importância da sua valiosa participação, para melhoria do atendimento às mulheres que realizam o exame de prevenção do câncer de colo uterino.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar da pesquisa e declaro que não me oponho a participar da pesquisa.

Em ___/___/___

Assinatura da participante do estudo

Em ___/___/___

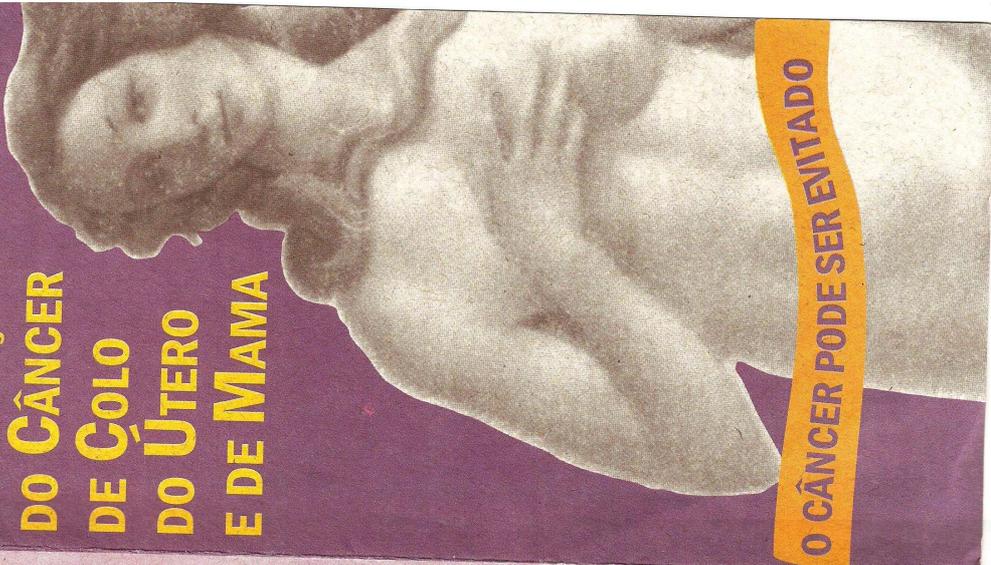
Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Enfermeira pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A - Folder Explicativo (frente)

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E DE MAMA

O CÂNCER PODE SER EVITADO



Procure o serviço de saúde quando apresentar algum dos fatores de risco;

Pegue o resultado do exame na data marcada;

Siga corretamente o tratamento e as orientações;

Faça sexo seguro. Use sempre a camisinha, ela previne a AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Realização:



Fortaleza
Prefeitura de



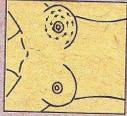
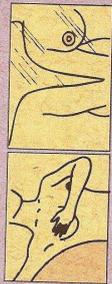
Secretaria Municipal de Saúde

Área Técnica de saúde da mulher e de Gênero
Célula de Atenção Básica

QUANDO FAZER O AUTO-EXAME?
O período para a realização do auto-exame é depois de cada menstruação (entre o 7º e o 10º dia, contados a partir do 1º dia da menstruação).
Na fase da menopausa (mulheres que não menstruam), é aconselhável escolher um dia do mês para repetir o auto-exame todos os meses.

ATENÇÃO: O exame dos seios não leva mais do que cinco minutos. Se conseguirmos fazer dele um hábito, ficaremos preparadas para perceber qualquer alteração.

COMO FAZER O AUTO-EXAME:

- 1 - Observe suas mamas em frente a um espelho, primeiro com os braços abaixados e depois levantados. Olhe bem se existe alguma diferença grande na altura, tamanho ou forma dos bicos dos seios e mamas.
- 2 - Em pé, levante um braço por trás de sua cabeça e, com os dedos da outra mão, apalpe a mama oposta tentando sentir algum caroço, qualquer que seja seu tamanho ou forma. Faça o mesmo com a outra mama.
- 3 - Repita a palpação deitada, com um travesseiro embaixo do ombro do lado da mama que você está examinando.
- 4 - Aperte os bicos dos seios e observe se sai alguma secreção.

ANEXO A - Folder Explicativo (verso)

APRESENTAÇÃO

O câncer é um dos principais problemas de saúde das mulheres. A realização do preventivo representa um dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Pensando nisso, estamos intensificando a realização de preventivo de câncer nas unidades de saúde do município de Fortaleza.

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

FATORES DE RISCO DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO

- Tabagismo (fumo)
- Atividade sexual precoce/múltiplos parceiros
- Higiene íntima inadequada
- Uso prolongado de contraceptivos orais

Como evitar o câncer de colo do útero?
Fazendo o exame preventivo periodicamente.

O QUE É O EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO?

O câncer de colo do útero é uma doença prevenível em 100% dos casos, desde que a mulher tenha a oportunidade de fazer o preventivo. É feita a coleta do material do colo do útero e colocado numa lâmina de vidro, que será examinada posteriormente ao microscópio.

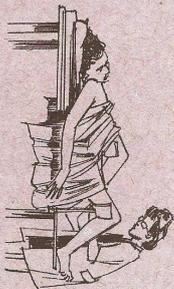


TODA MULHER TEM DIREITO AO EXAME PREVENTIVO?

Toda mulher com vida sexual ativa, principalmente aquelas com idade entre 25 a 59 anos.

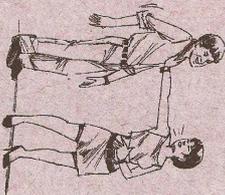


O EXAME É DOLOROSO E DEMORADO?
Não. O exame é rápido e não dói!



O QUE É PRECISO PARA FAZER O EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO ÚTERO?

Não estar menstruada. Fazer o exame uma semana depois da menstruação.
Não ter relação sexual 02 dias antes do exame;
Não usar medicamento vaginal; não fazer lavagem vaginal 02 dias antes do exame;
Não precisa de depilar; basta fazer higiene normal.
Importante: Você deve voltar ao serviço de saúde na data marcada para saber do resultado e receber as orientações



RESULTADO NEGATIVO PARA CÂNCER:

Repetir o exame preventivo após um ano. Após dois resultados de exames negativos para câncer com intervalo de um ano, o exame só precisará ser repetido após três anos.

RESULTADO COM ALGUMA ALTERAÇÃO:

Você será encaminhada para a realização de outro exame mais detalhado e, se for necessário, será feito um tratamento. Siga as orientações recebidas e aproveite este momento para esclarecer todas as suas dúvidas.

NA OPORTUNIDADE ATUALIZE SUA VACINA CONTRA O TETANO.

MAS, NÃO SE ESQUEÇA:

PEGAR O RESULTADO DO EXAME É TÃO IMPORTANTE QUANTO FAZÊ-LO.



ATENÇÃO: Não deixe que a vergonha e o medo atrapalhem. Procure a unidade de saúde mais próxima de sua residência e faça seu exame preventivo do colo do útero.
Aproveite a ocasião e solicite ao profissional de saúde que realize o exame clínico das mamas.

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA:

O QUE É O CÂNCER DE MAMA?

É uma doença que aparece nos seios; como um caroço, que cresce rapidamente. Se não tratada a tempo, esta doença pode ser mortal.

Importância do auto-exame:

É importante que as mulheres façam seu auto-exame, ou seja, que elas mesmas examinem seus seios regularmente.

FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE MAMA

- Idade: mulheres acima dos 50 anos;
- Não ter filhos;
- Ter filho depois dos 30 anos;
- Não amamentar;
- Excesso de peso;
- Tomar hormônio na menopausa;
- Parentes (mãe, avó, irmã) com câncer de mama;
- Falta de atividade física;
- Tabagismo e alcoolismo.

ANEXO B – Cartão de Retorno (frente e verso)

ANTES DO EXAME

- Evite relações sexuais 2 dias antes;
- Não use medicações vaginais nem lavagens internas 2 dias antes. Basta a higiene do banho;
- Faça o exame uma semana depois da última menstruação.

ANTES DO EXAME

- Peça ao profissional de saúde para anotar a data do seu próximo exame no cartão;
- Retorne para receber o resultado na data marcada no cartão;
- Siga as recomendações médicas ao receber o resultado.

PREVENÇÃO
DO CÂNCER
DE COLO
DO ÚTERO
E DE MAMA

CARTÃO DE SAÚDE DA MULHER

Realização:

Secretaria
Municipal
de Saúde

Área Técnica de saúde da
mulher e do Gênero
Clínica de Atenção Básica

Este cartão vai orientar você no acompanhamento dos exames preventivos do câncer de colo do útero e vacina anti-tetânica, dentro dos períodos recomendados.
Peça informação sobre o auto-exame das mamas.

Nome: Julia Helena dos Santos Almeida

Filiação _____

Data do nascimento: / /

Unidade de saúde: _____

Dra. Camila

Controle do Exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero

Data do início do controle: <u>26/03/08</u>
Data do retorno: <u>05/05/08 7:00hs</u>
Data do próximo exame: / /
Data do retorno: / /
Data do próximo exame: / /
Data do retorno: / /

Controle da vacinação anti-tetânica

1º Dose: / / Ass: _____	2º Dose: / / Ass: _____
3º Dose: / / Ass: _____	4º Dose: / / Ass: _____