



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**



**SERY NEELY DOS SANTOS LIMA**

**TECNOLOGIA PARA PROMOÇÃO DA REALIZAÇÃO DO EXAME  
PAPANICOLAOU PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**TERESINA  
2017**

**SERY NEELY DOS SANTOS LIMA**

**TECNOLOGIA PARA PROMOÇÃO DA REALIZAÇÃO DO EXAME  
PAPANICOLAOU PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Relatório de dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosimeire Ferreira dos Santos

Área de Concentração: Saúde da Mulher

Linha de Pesquisa: Atenção Integral à Saúde da Mulher

**TERESINA  
2017**

L732t Lima, Sery Neely dos Santos.

Tecnologia para promoção da realização do exame papanicolaou para prevenção do câncer de colo uterino na atenção primária / Sery Neely dos Santos Lima. - 2017.

112 f. : il.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Piauí - UFPI. Programa de pós-graduação em saúde da mulher, Teresina - PI, 2017.

"Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosimeire Ferreira dos Santos."

1. Colo do Útero - Neoplasias. 2. Papanicolaou (exame). 3. Saúde da Mulher. I. Título.

CDD: 610.736 78

**SERY NEELY DOS SANTOS LIMA**

**TECNOLOGIA PARA PROMOÇÃO DA REALIZAÇÃO DO EXAME  
PAPANICOLAOU PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Relatório de dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Defesa em: 02/06/2017

BANCA EXAMINADORA:

*Rosimeire Ferreira dos Santos*

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosimeire Ferreira dos Santos  
Universidade Federal do Piauí – UFPI (Orientadora presidente)

*Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida*

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida – 1º Examinador  
UNINOVAFAPI

*Malvina Thais Pacheco Rodrigues*

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Malvina Thais Pacheco Rodrigues – 2º Examinador  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

*Dedico esse trabalho a minha maior fonte de  
inspiração, exemplo de determinação e garra. Aquele  
que jamais se deixou abater pelas dificuldades da  
vida, correndo atrás de realizar seus sonhos de forma  
honesto, íntegro e brilhante. Ao meu anjo, Lima  
Júnior (in memoriam)!*

*Meu irmão... essa conquista também é sua!*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de tudo, a **DEUS** por me conceder tamanha graça. A ELE toda honra e toda glória por essa tão sonhada conquista.

Aos meus pais **Francisco** e **Francisca** pelo incondicional amor e ajuda sempre. Tudo o que sou hoje, devo a vocês.

Aos meus irmãos **Patrícia, Porfírio e Júnior** (*In memoriam*) pelo amor, companheirismo e cumplicidade que se fizeram e fazem presentes em todos os momentos. Bençãos de DEUS em minha vida!

Ao meu esposo **Araújo Júnior** por acreditar e apoiar o trilhar desse sonho e de tantos outros. Você foi fundamental em cada momento!

Aos meus filhos **Marvin, Matheus e Maria Laura** por entenderem, do seu jeito, minha ausência em determinados momentos e estarem sempre ao meu lado, fazendo o caminhar mais especial. Vocês são a razão de todas as minhas lutas e conquistas!

Aos demais familiares que confiaram e me apoiaram ao longo dessa caminhada, em especial a **Nayanna, Medinha, Patrícia e Emídio** que diretamente me ajudaram na concretização desse projeto. Incentivando e me dando guarita aqui em Teresina para mim e minha família.

À **Maria** que me acompanhou em todas as viagens para ajudar a cuidar de minha filha recém-nascida enquanto eu assistia aula e todas as vezes que precisei de momentos de leitura e concentração.

À amiga **Sauanna Sany** pelos conselhos que tanto me ajudaram a não desistir desse sonho!

Aos amigos da primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, por estarem sempre dispostos a ajudar e compartilhar conhecimentos.

Aos enfermeiros e agentes comunitários das Estratégias de Saúde da Família envolvidas no estudo, pela valiosa colaboração.

A **Luis Gonzada Lima Júnior** por sua disponibilidade e valiosa colaboração na construção da agenda.

À nossa Coordenadora **Lis Marinho**, pela incessante busca por conhecimento e acreditar em nosso potencial.

À minha orientadora **Rosimeire** por abraçar meu projeto, sempre apoiando e acreditando em minha capacidade.

À **Vanessa Caminha** pelas suas valiosas contribuições.

Aos membros da banca examinadora por aceitarem meu convite.

Enfim, a todos que contribuíram direta e indiretamente para a realização e concretização desse sonho.

**Muito obrigada!**

## RESUMO

**Introdução:** Muitas são as mulheres que negligenciam as ações de prevenção do câncer do colo do útero e não realizam exames de rastreamento de rotina, o que pode ser um contribuinte para o aumento de casos da doença. A utilização de tecnologias com conteúdo validado promove a prevenção e se apresenta como uma ferramenta potencial para incentivar as mulheres nessa prática. **Objetivo:** Avaliar a utilização de tecnologia, produzida para a promoção da prevenção do câncer de colo do útero. **Método:** Este estudo foi desenvolvido em duas etapas, no período de julho a dezembro de 2016; delineamento metodológico, com amostra de nove mulheres para análise semântica e sete juízes para análise de conteúdo; e desenho comparativo-descritivo, com intervenção educativa numa amostra de 246 mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos, que já tenha iniciado vida sexual, que nunca realizou o Papanicolaou ou que esteja há mais de três anos sem realizar o exame. Foram utilizados instrumentos de caracterização e avaliação. Foram calculadas estatísticas uni e bivariadas, utilizando-se o *software* IBM® SPSS®, ao nível de significância de 5%. **Resultados:** Foi produzida a Agenda para Prevenção do Câncer do Colo do Útero, validada de conteúdo com 100% de concordância pelos juízes, a qual foi aplicada às mulheres que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. A média de idade foi de 46,2 anos, a maioria casada ou em união estável, de cor parda, com ensino fundamental incompleto, trabalhavam em casa e possuíam renda de até um salário mínimo. As maiores dificuldades relatadas pelas mulheres para a realização do exame foram: falta de interesse (36,6%), vergonha (23,5%) e medo do resultado (12,5%). Antes da intervenção educativa, 80,5% mulheres haviam realizado o exame previamente; destas, 64,63% realizaram novamente após a intervenção. Dentre 19,5% das que nunca haviam realizado, 11,4% realizaram após a intervenção. Antes da intervenção, 51,4% das mulheres referiram a prevenção do câncer de colo do útero, 15,5% a prevenção de doenças e 7,2% indicaram a descoberta de doenças como finalidade do exame; 19,3% não souberam informar. Após a intervenção, o número de mulheres que referiram a prevenção do colo do útero aumentou em 47,5%. No que se refere à frequência de realização do exame, as principais respostas foram anualmente (58,0%) e semestralmente (20,4%). Depois da intervenção, mais 13,8% informaram a frequência anual e 28,2% informaram o período correto. **Conclusão:** A utilização de uma tecnologia leve-dura, aplicada mediante intervenção educativa, para auxiliar na promoção da prevenção do câncer do colo do útero foi efetiva na adesão dessas mulheres à realização do exame Papanicolau, demonstrando ser uma ferramenta importante para atrair e estimular a prática do rastreio do câncer cervical. Espera-se que esse estudo possa estimular profissionais de saúde a produzirem materiais válidos que contribuam para uma maior adesão ao exame Papanicolau e, conseqüentemente, para ajudar a minimizar a incidência e mortalidade por essa doença.

**Descritores:** Neoplasias do Colo do Útero. Teste de Papanicolaou. Saúde da Mulher. Estudos de Validação. Tecnologia em Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Many are women who overlook cervical cancer prevention actions and do not perform routine tracing exams, which can be a contributor to the increase in illness cases. The use of validated-content technologies promotes prevention and presents itself as a potential tool to encourage women in this practice. **Objective:** To evaluate the use of technology, produced for promoting cervical cancer prevention. **Method:** This study was developed in two stages, from July to December, 2016; methodological design, with nine women for semantic analysis and seven judges for content analysis; and comparative-descriptive design, with educational intervention in a sample of 246 women in the age group between 25 and 64 years old, who has already begun sexual life, who has never performed the Papanicolaou or who has not performed the test for more than three years. Instruments of characterization and evaluation were used. Univariate and bivariate statistics were calculated using the IBM® SPSS® software, at a significance level of 5%. **Results:** The Agenda for the Prevention of Cervical Cancer was produced, validated with 100% concordance by the judges, which was applied to women who met the inclusion criteria of the study. The average age was 46.2 years, most married or in a stable union, of brown color, with incomplete elementary education, worked at home and had income of up to a minimum salary. The greatest difficulties reported by the women in the examination were lack of interest (36.6%), shame (23.5%) and fear of the result (12.5%). Before the educational intervention, 80.5% of the women had undergone the examination previously; of these, 64.63% performed again after the intervention. Of the 19.5% of those who had never performed, 11.4% performed after the intervention. Prior to the intervention, 51.4% of women reported cervical cancer prevention, 15.5% disease prevention and 7.2% indicated the discovery of diseases as the purpose of the examination; 19.3% did not know how to report. After the intervention, the number of women who reported cervical prevention increased by 47.5%. Regarding the frequency of the examination, the main answers were annually (58.0%) and semiannually (20.4%). After the intervention, 13.8% reported the annual frequency and 28.2% reported the correct period. **Conclusion:** The use of a lightweight, applied by educational intervention, to assist in promoting the prevention of cervical cancer was effective in the accession of these women to the realization of the Pap smear, demonstrating being an important tool To attract and stimulate the practice of cervical cancer screening. It is hoped that this study can stimulate health professionals to produce valid materials that contribute to greater adherence to the Pap smear and, consequently, to help minimize the incidence and mortality of this disease.

**Descriptors:** Cervical neoplasms. Smear test. Women's health. Validation studies. Health technology.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e de formação dos juízes da etapa de análise de conteúdo (n=8). Picos, PI, Brasil, 2017	55
Tabela 2 - Níveis de resposta dos juízes da etapa de análise de conteúdo (n=8). Picos, PI, Brasil, 2017	56
Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo da avaliação dos juízes (n=8) da análise de conteúdo. Teresina, PI, Brasil, 2017	58
Tabela 4 - Características socioeconômicas das mulheres de 25 a 64 anos que não realizavam rastreamento do câncer do colo do útero (n=181). Picos, PI, Brasil, 2017	58
Tabela 5 - Características ginecológicas das mulheres de 25 a 64 anos que não realizavam rastreamento do câncer do colo do útero (n=181). Picos, PI, Brasil, 2017	60
Tabela 6 - Conhecimentos das mulheres (n=181) quanto à finalidade e frequência de realização do exame Papanicolau antes e após a intervenção educativa. Picos, PI, Brasil, 2017	64
Tabela 7 - Associações entre as características das mulheres e a realização do exame Papanicolau após a intervenção educativa (n=181). Picos, PI, Brasil, 2017	65

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Distribuição de frequências das dificuldades apresentadas pelas mulheres de 25 a 64 anos que não realizavam rastreamento do câncer do colo do útero (n=181). Picos, PI, Brasil, 2017 61
- Gráfico 2 - Frequências de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram rastreamento do câncer do colo do útero após intervenção (n=140). Picos, PI, Brasil, 2017 62
- Gráfico 3 - Alterações identificadas por meio do exame do Papanicolau das mulheres de 25 a 64 anos que realizaram rastreamento do câncer do colo do útero após intervenção (n=140). Picos, PI, Brasil, 2017 62
- Gráfico 4 - Resultados da microbiologia das mulheres de 25 a 64 anos que realizaram rastreamento do câncer do colo do útero após intervenção (n=140). Picos, PI, Brasil, 2017 63

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Figura 1 - Localização da junção escamo-colunar. Fonte: 24  
BRASIL (2013)
- Figura 2 - *Flawchart* das etapas de operacionalização do estudo. Picos, 39  
PI, Brasil, 2017
- Figura 3 - Representação esquemática das etapas da validação de 41  
conteúdo para análise teórica dos itens do questionário. Picos,  
PI, Brasil, 2017
- Figura 4 - Colo uterino normal e com alterações. Fonte: 52  
<http://enferedadtransex.blogspot.com>

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>AMIU</b>	Aspiração Manual Intra Uterina
<b>CAF</b>	Cirurgia de Alta Frequência
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CCU</b>	Câncer de colo uterino
<b>CINAHL</b>	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
<b>DNA</b>	<i>Deoxyribonucleic acid</i>
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HPV</b>	<i>Human Papillomavirus</i>
<b>IARC</b>	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
<b>INCA</b>	Instituto Nacional de Câncer
<b>IP</b>	<i>Internet Protocol</i>
<b>IVC</b>	Índice de Validade de Conteúdo
<b>JEC</b>	Junção escamo-colunar
<b>MEDLINE/PubMed®</b>	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
<b>MeSH</b>	<i>Medical Subject Headings</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunizações
<b>QualiCito</b>	Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero
<b>SISCAN</b>	Sistema de Informação do Câncer
<b>SISCOLO</b>	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
<b>SISMAMA</b>	Sistema de Informação do Câncer de Mama
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFPI</b>	Universidade Federal do Piauí

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos específicos	20
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b>	<b>21</b>
3.1	Políticas públicas voltadas à prevenção do câncer do colo do útero	21
3.2	Câncer do colo do útero: etiologia, rastreamento e prevenção	24
3.3	Tecnologias em saúde e sua aplicabilidade em ações educativas	29
3.4	Elaboração e validação do conteúdo de ferramentas em saúde	32
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>35</b>
4.1	Delineamento do estudo	35
4.2	Local e período do estudo	35
4.3	População e amostra	36
4.4	Operacionalização do estudo	39
4.5	Instrumento de coleta de dados	43
4.6	Procedimentos para análise dos dados	44
4.7	Aspectos éticos e legais	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>46</b>
5.1	Elaboração do conteúdo da agenda para prevenção do câncer do colo do útero	46
5.2	Validação do conteúdo da agenda para prevenção do câncer do colo do útero por meio de análise semântica e análises de juízes	54
5.3	Aplicação da agenda, com conteúdo válido, para promoção da prevenção do câncer do colo do útero nas participantes do estudo	58
5.4	Verificação da realização do exame citopatológico e o conhecimento das mulheres antes e após a intervenção	61
5.5	Relações entre as características das mulheres e a realização e resultados dos exames citopatológicos	65
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>67</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>78</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>80</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>86</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino (CCU) é uma doença de evolução lenta e com alto potencial de prevenção e cura. Entretanto, o número de casos novos aumenta anualmente, o que faz dessa patologia uma das principais causas de óbito por câncer na população feminina em todo o país. Muitas mulheres negligenciam as ações de prevenção do câncer de colo do útero (PCCU) e não realizam seus exames de rastreamento/prevenção de rotina como prática de cuidados com sua saúde e esse fato pode ser um dos maiores contribuintes para o aumento de casos da doença (BRASIL, 2013a).

A utilização de tecnologias em saúde por profissionais da área pode compreender uma alternativa eficaz nas atividades de promoção de saúde e PCCU, apresentando-se como uma ferramenta positiva para incentivar às mulheres nessa prática. Para isso, é importante que o profissional de saúde garanta a confiabilidade das informações contidas nos materiais produzidos, tornando-os válidos (BRASIL, 2016a).

A cada ano, 528.000 mulheres são diagnosticadas mundialmente com CCU e 50% dessas mulheres morrerão da doença (FERLAY et al., 2015). Estudos apontam que 85% dos casos de câncer cervical e 87% dos óbitos, acontecem no mundo em desenvolvimento, onde países com níveis mais baixos de desenvolvimento e níveis mais altos de desigualdades de gênero possuem uma maior incidência e mortalidade por essa patologia (PHELAN; LINK, 2005; SINGH; AZUINE; SIAHPUSH, 2012).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, o CCU é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo inteiro, excetuando-se os casos de pele não melanoma. Em 2013, ocorreram 5.430 óbitos por esta doença, representando uma taxa de mortalidade estabelecida para a população mundial de 4,86 óbitos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2014: 2016a).

Na América Latina, o câncer cervical é a segunda causa mais comum de mortes relacionadas ao câncer em mulheres, com incidência de 21,2 por 100.000 mulheres (BYCHKOVSKY et al., 2016).

Em 2016, no Brasil, eram esperados 16.340 casos novos, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres, sendo a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país. A região

norte destaca-se, tendo o CCU como o primeiro mais incidente, com 23,97 casos por 100.000 mulheres, ao passo que nas regiões centro-oeste e nordeste, ocupam a segunda posição, com taxas de 20,72/100 mil e 19,49/100 mil, respectivamente. É o terceiro mais incidente na região sudeste (11,3/100 mil) e quarto na sul (15,17/100 mil). No Piauí, foi estimada para o ano de 2016 uma taxa de 24,51 casos por 100 mil mulheres, ou seja, 410 casos, de modo que 140 seriam na capital (BRASIL, 2013a; 2014; 2016a).

Estudos apontam que, dentre as ações de PCCU, o citopatológico do colo uterino, ou exame Papanicolaou, é a melhor maneira de rastreio e prevenção desse câncer. Esse exame tem sido comprovado como uma das intervenções mais eficazes para a redução da incidência e mortalidade por CCU em todo o mundo. Entretanto, embora se trate de um exame oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em toda rede de atenção básica, os índices de morbimortalidade por essa doença ainda são elevados (ANDRADE et al., 2013; BRASIL, 2012; SRIPLUNG et al., 2014).

O número de coletas de citopatológico do colo do útero abaixo do esperado e o aumento da morbimortalidade da doença têm sinalizado possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das referidas ações em cenário nacional. A experiência de alguns países desenvolvidos mostrou que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80%, onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (ANDRADE et al., 2013; BRASIL, 2014).

Muitas mulheres mostram-se resistentes à realização desse exame, pela própria natureza do procedimento, que envolve a exposição de órgãos relacionados à sexualidade. Ademais, por se tratar de um câncer silencioso, sem apresentar sinais e sintomas no início das alterações celulares e pelo colo do útero se encontrar anatomicamente distante do alcance visual das pacientes, o exame do colo uterino acaba sendo negligenciado em detrimento de outras prioridades (BRASIL, 2016a).

O citopatológico do colo do útero também é motivo de desconforto emocional para muitas mulheres, ressaltando-se, também, o medo do resultado do exame. Esses fatores contribuem para que elas, muitas vezes, deixem de procurar o serviço de saúde para realizá-lo ou até mesmo para pegar o resultado do exame, o que dificulta o diagnóstico precoce das alterações com possibilidade de cura (SOARES et al., 2010).

A maioria dos serviços aguarda a procura espontânea das mulheres para a realização do exame citopatológico do colo do útero, o que muitas vezes não é suficiente para uma cobertura adequada. Dessa forma, é necessário não somente entender o que leva essas mulheres a não aderirem ao exame, mas também buscar alternativas que as estimulem a querer o melhor para sua saúde, ao adquirir a prática de realizar o exame citopatológico do colo uterino de rotina na prevenção da morbimortalidade por CCU (GONÇALVES et al., 2008).

Dentre as iniciativas que devem ser tomadas no sentido de alertar quanto à PCCU, encontra-se a importância de reforçar que a informação e a orientação são fundamentais, como forma de recrutar a população para a realização do exame preventivo (GONÇALVES et al., 2008).

Para o atendimento dessas determinações são necessárias, muitas vezes, tecnologias que correspondam e atendam às especificações dos programas em relação ao público-alvo (VERAS, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define tecnologia em saúde como a aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para combater um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida da população. De forma simplificada, tecnologia em saúde se refere à aplicação de conhecimentos com objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas. A utilização correta dessas tecnologias e a atualização constante das informações sobre elas são imprescindíveis para um maior benefício para os pacientes em todo o seu contexto (BRASIL, 2016a).

Entretanto, o termo tecnologia não deve restringir-se apenas ao produto e/ou procedimento técnico-operativo, mas também incluir produto e procedimento sociointerativo originado a partir das vivências entre indivíduos, em que conhecimentos são gerados e compartilhados (TEIXEIRA et al., 2016).

Atualmente, os profissionais de saúde, como um todo, realizam atividades que utilizam os mais diversos tipos de tecnologias, desde as mais simples até as mais complexas, para conseguirem resultados satisfatórios nas ações e serviços de saúde. Na educação em saúde, essas tecnologias mostram-se importantes ao potencializar a ação, tornando-a mais eficaz na obtenção de resultados positivos, como, por exemplo, o uso de materiais educativos como *folders*, cartilhas, cartazes, manuais, cadernos de orientações, dentre outros (TEIXEIRA et al., 2016).

Segundo Soares et al. (2015), a utilização de intervenções educativas é eficaz para melhorar o nível de conhecimento da população e para a aquisição de comportamentos preventivos relacionados ao CCU.

Reconhecidamente, o material educativo impresso é amplamente utilizado para se veicular mensagens de saúde e para facilitar o processo ensino-aprendizagem. Nesse contexto, a produção de uma agenda de prevenção do câncer do colo do útero, como tecnologia a ser utilizada na ação de educação em saúde, apresenta-se como importante possibilidade de aproximar os profissionais das necessidades de promoção da saúde da população feminina de 25 a 64 anos, que não realizam o exame Papanicolau, uma vez que incentivará o compromisso com uma data previamente agendada e sua responsabilidade em realizar o exame de rotina. Além disso, organizará a demanda e facilitará o controle das mesmas para a prevenção (MOREIRA et al., 2003).

A importância da realização do exame Papanicolau tem sido abordada em diferentes estudos em todo o mundo. No entanto, as pesquisas voltadas para explorar as estratégias para promover a adesão ao rastreamento ainda são limitadas (DEMIRTAS, 2013). Algumas intervenções são propostas para melhorar essa adesão das mulheres à realização do exame de rastreio, tais como: mobilização da população feminina e dos profissionais de saúde mediante campanhas, utilização de panfletos e cartazes e busca ativa das mulheres (SOARES; SILVA, 2016).

Entretanto, existe a necessidade de adoção de tecnologias que sejam substancialmente efetivas, no fornecimento de informações e, sobretudo, no estímulo ao comprometimento dessas mulheres à realização do citopatológico a fim de aumentar o número de coletas e, conseqüentemente, reduzir a morbimortalidade por CCU. O agendamento dos exames, por meio de uma agenda de PCCU, a ser utilizada na rotina da atenção primária, pode ser uma boa tecnologia a ser utilizada para melhorar essa prática entre as mulheres, organizando a demanda e facilitando o controle das mesmas pelos profissionais de saúde.

Destaca-se também que no Brasil, atualmente, existem estudos científicos que abordam a cobertura de realização do citopatológico do colo do útero, apresentando taxas muito inferiores às preconizadas para a diminuição da morbimortalidade por essa doença. Diante dessa realidade, torna-se inquietante a preocupação frente às baixas coberturas desse exame e percebe-se a necessidade do desenvolvimento de ações em saúde com a finalidade de conscientização e

compromisso com a PCCU por parte da população feminina (SOARES; SILVA, 2016).

Diante do exposto, esse estudo se torna relevante uma vez que se propôs produzir uma tecnologia leve-dura, em forma de agenda para a prevenção do câncer do colo do útero, para ser ofertada às mulheres, de maneira a priorizar a realização do exame Papanicolaou.

Assim, visando contribuir para a redução da morbimortalidade por CCU, é necessário realizar a busca dessas mulheres, entender suas dificuldades, empoderá-las de informações necessárias e sensibilizá-las para o compromisso da realização do exame de prevenção por meio do uso de tecnologia leve dura e validada de conteúdo, tornando-as corresponsáveis por sua saúde.

Portanto, este estudo teve como objeto uma tecnologia para promoção da prevenção do câncer de colo do útero, por meio do exame Papanicolaou, de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que não realizavam o rastreamento. Pretendeu-se responder à questão: “A utilização de tecnologia com conteúdo válido produz resultados satisfatórios para a promoção da prevenção do câncer de colo uterino?”.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Avaliar tecnologia para promoção da prevenção do câncer do colo do útero.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Elaborar o conteúdo da agenda para prevenção do câncer do colo do útero.
- Validar o conteúdo da agenda para prevenção do câncer do colo do útero por meio de análise semântica e análises de conteúdo.
  - Aplicar a agenda, com conteúdo válido, para promoção da prevenção do câncer do colo do útero nas participantes do estudo.
  - Verificar a realização do exame citopatológico e o conhecimento das mulheres antes e após a intervenção.
  - Relacionar as características das mulheres, a realização e resultados dos exames citopatológicos.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

#### **3.1 Políticas públicas e a prevenção do câncer do colo do útero**

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Entretanto, nesse período, eram restritas às demandas relativas à gravidez e ao parto, sendo priorizado apenas o binômio mãe-filho. Os programas materno-infantis elaborados nas primeiras décadas traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica. Dessa forma, a mulher recebia ações e serviços de saúde relacionados ao seu ciclo gravídico-puerperal, sendo deixados de lado os demais componentes e condicionantes de sua saúde (BRASIL, 2009b).

Os programas desse período foram amplamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam as mulheres. Passaram a ser exigidas ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas em que a população feminina estivesse inserida (BRASIL, 2009b).

Diante desse cenário de reivindicações, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Isso marcou, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004: 2009b).

Além disso, o novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, visando à atenção descentralizada, hierarquizada e regionalizada dos serviços, bem como integral e equânime. A mulher passou a ser vista em uma magnitude bem mais ampla (BRASIL, 2009b).

Dentre outras ações, o PAISM previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero, contribuindo, assim, para a prevenção dessa doença, introduzindo e estimulando a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina na

consulta ginecológica. Assim, várias ações públicas se voltaram para a expansão do controle dessa neoplasia (BRASIL, 2016b).

A manutenção das altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino levou o MS a elaborar políticas públicas visando ofertar ações de rastreio e prevenção do CCU, mediante o desenvolvimento de protocolos para a padronização da coleta de material e para o seguimento e conduta frente a cada alteração citológica. Além disso, introduziu a Cirurgia de Alta Frequência (CAF) para tratamento das lesões pré-invasivas do câncer (BRASIL, 2016b).

Com base nessa experiência, as ações foram expandidas, em 1998, para todo o país, com o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, impulsionado pelo Programa Viva Mulher, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo (BRASIL, 2016b).

Em 2006, no Pacto pela Saúde, foram elencadas prioridades relacionadas intimamente à saúde da mulher, dentre as quais se encontra o controle do câncer do colo do útero e da mama, uma vez que a morbimortalidade por essas doenças ainda representa um grande desafio a ser trabalhado por meio de ações e serviços de saúde. Com relação ao controle do câncer do colo do útero, especificamente, o Pacto pela Vida define como objetivos e metas a cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo e incentivo para a realização da cirurgia de alta frequência (BRASIL, 2016b).

Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o MS instituiu quatro compromissos prioritários, dentre eles o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama, na perspectiva de reduzir a morbimortalidade por essas doenças. Com o intuito de garantir esse compromisso foi lançado, em 2011, o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, que tem entre seus objetivos reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres (BRASIL, 2013a). Além disso, nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de

Especialistas, organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016b).

Em 2013, foi instituída, no âmbito do SUS, uma versão do sistema, em plataforma *web*, que integra o SISCOLO e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) denominado Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Dentre outras ações, o MS redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Essa qualificação consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento, pelos gestores do SUS, do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS (BRASIL, 2013a).

Os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero e os Serviços de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama foram criados em 2014. Foram pautados, também, os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para implantação e os critérios para a habilitação das unidades, além do agrupamento mínimo de exames necessários para o diagnóstico desses dois tipos de câncer (INCA, 2014).

Além disso, em 2014, o MS, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o *Human Papillomavirus* (HPV), na perspectiva de que a vacina trouxesse relevante contribuição nas ações de prevenção do câncer do colo uterino (BRASIL, 2013b).

Diante do exposto, é notório o avanço nas políticas públicas referentes à saúde da mulher e, em particular, à PCCU. Porém, ainda há muito o que se avançar no controle e prevenção dessa patologia pois, apesar das melhorias do SUS, reduzir a mortalidade por essa doença no Brasil ainda é um desafio (BRASIL, 2016b).

### 3.2 Câncer do colo do útero: etiologia, rastreamento e prevenção

O útero é um órgão muito importante do aparelho reprodutor feminino, situado no abdome inferior, posterior à bexiga e anterior ao reto. É dividido em corpo e colo, sendo essa última parte a porção inferior, localizada dentro do canal vaginal, a qual se comunica com o meio externo. O CCU é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma), podendo invadir outras estruturas e órgãos. Inicia-se a partir de uma lesão precursora, curável na quase totalidade dos casos (BRASIL, 2013b).

O colo do útero, por sua vez, é constituído de uma parte interna, chamada canal cervical ou endocérvice, revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco (epitélio colunar simples) e uma parte externa, que mantém contato com a vagina, chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas (epitélio escamoso e estratificado). Entre esses dois epitélios, existe uma linha, a junção escamo-colunar (JEC) (figura 1), que, dependendo da situação hormonal da mulher, pode estar tanto na ecto como na endocérvice. Na infância e no período pós-menopausa, essa linha geralmente situa-se dentro do canal cervical. Ao passo que, na menacme (fase reprodutiva da mulher), a JEC situa-se, comumente, no nível do orifício externo ou para fora desse, denominado ectopia ou eversão (BRASIL, 2013b).

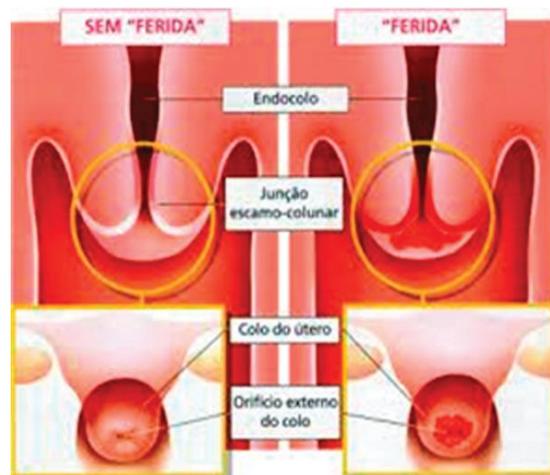


Figura 1 - Localização da junção escamo-colunar. Fonte: BRASIL (2013b)

Nessa situação, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil a essas células. Assim, células subcilíndricas, de reserva, bipotenciais, por meio de metaplasia, transformam-se em células mais adaptadas (escamosas), originando um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira

mucosa ou zona de transformação. É na zona de transformação que surgem mais de 90% das lesões precursoras do CCU (BRASIL, 2013b).

A evolução do CCU, na maioria dos casos, ocorre de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. O pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 a 49 anos de idade e em menor porcentagem naquelas com menos de 30 anos. A faixa de idade para detecção precoce é de 20 a 29 anos, período que corresponde ao pico de incidência das lesões precursoras da doença e antecede o pico de mortalidade pelo câncer (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Uma das mais importantes descobertas na investigação etiológica do CCU nos últimos 30 anos foi a demonstração da relação com o HPV. Esse vírus apresenta mais de 200 genótipos diferentes, sendo 12 deles considerados oncogênicos pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC) e associados a neoplasias malignas do trato genital. Os tipos virais oncogênicos mais comuns são o 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais (BRASIL, 2013b).

A infecção pelo HPV é considerada a infecção sexualmente transmissível mais comum em todo o mundo. Estima-se que 70% das pessoas infectadas nunca adoecerão, uma vez que a maioria elimina o vírus num prazo de seis meses a dois anos. No entanto, a persistência da infecção por subtipos oncogênicos do vírus, podem causar CCU em 100% dos casos (MARTELLI et al. 2014).

A transmissão do HPV ocorre por via sexual, presumidamente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Sendo assim, o uso de preservativos durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal (BRASIL, 2013b).

O risco de contrair o vírus ao longo da vida é de 50 a 80% em ambos os sexos (CASTRO et al., 2014). A Organização Mundial de Saúde, desde 1992, considera que a persistência da infecção pelo HPV representa o principal fator de risco para o desenvolvimento do CCU e que a infecção por esse vírus é essencial, mas não suficiente para a evolução do câncer de colo uterino (CASARIN; PICCOLI, 2011).

O HPV estabelece relações amplamente inofensivas e a maioria das infecções passam despercebidas, regredindo de maneira espontânea. São várias as formas de interação com o organismo humano. Na forma latente, a mulher não

apresenta lesões clínicas e a única forma de diagnóstico é a molecular. Quando a infecção é subclínica, a mulher não apresenta lesões diagnosticáveis a olho nu, e o diagnóstico pode ser sugerido a partir da citopatologia, colposcopia ou histologia. Na forma clínica, existe uma lesão visível macroscopicamente, representada pelo condiloma acuminado, com quase nenhuma potencialidade de progressão para o câncer (CASARIN; PICCOLI, 2011).

As lesões subclínicas são visíveis apenas após a aplicação de reagentes, tais como o ácido acético, solução de lugol e magnificação (colposcopia). Ao passo que as lesões clínicas, as quais podem ser únicas ou múltiplas, também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo, podem localizar-se tanto na genitália (mais frequentemente em vulva, períneo, região perianal e colo do útero), como em áreas extragenitais (conjuntiva, mucosa nasal, oral e laríngea). Tais lesões podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas (BRASIL, 2013b).

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla), existem outros fatores que parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. Destacam-se: o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, enquanto em mulheres acima dessa idade a persistência é mais frequente (BRASIL, 2013a; 2016b).

Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, com percentual próximo de 100%, quando diagnosticado precocemente, podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos. Além disso, o controle depende de uma tecnologia de baixo custo para a prevenção e detecção, através do exame Papanicolau ou esfregaço do citopatológico (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Para a obtenção de um impacto epidemiológico é necessário 85% de abrangência da população feminina. Porém, estima-se que cerca de 40% das mulheres nunca tenham sido submetidas a esse exame, o que torna o CCU um grande problema de saúde pública. O alto potencial de prevenção e cura do CCU é justificado pela lenta evolução da doença, com etapas bem definidas e facilidade de

detectar precocemente as alterações, viabilizando diagnóstico rápido e tratamento eficaz (CASARIN; PICCOLI, 2011; SILVA et al., 2014).

É possível realizar a prevenção do CCU de forma primária objetivando, principalmente, a diminuição do risco de contágio pelo HPV. Pensando nisso, o Ministério da Saúde incorporou na rotina do SUS, no Calendário Nacional de Vacinação de 2014, a vacina HPV 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente tem como população alvo meninas de 11 a 13 anos de idade. A oferta dessa vacina vem sendo ampliada, de forma que, em 2017, será ofertada para meninas na faixa etária de 9 a 14 anos e aquelas convivendo com HIV/Aids de 9 a 26 anos, além de também contemplar o público masculino nessa faixa etária (BRASIL, 2015: 2016c).

A vacinação, conjuntamente com as atuais ações para o rastreamento do câncer do colo do útero, visa possibilitar a prevenção da doença nas próximas décadas. As mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada (a partir dos 25 anos), deverão fazer o exame preventivo periodicamente, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV (BRASIL, 2015: 2016c).

A prevenção secundária está pautada na detecção precoce por meio do rastreio das lesões precursoras do câncer do colo do útero. A avaliação citológica das células do colo do útero foi introduzida por George Papanicolaou, em 1940, sendo, provavelmente, a técnica de rastreio oncológico mais utilizada em países desenvolvidos (CASTRO et al., 2014).

Apesar de ter tido um sucesso evidente na redução da incidência e mortalidade por CCU, o exame Papanicolaou demonstra algumas limitações, particularmente, nos resultados falsos negativos. Visando à superação destas limitações, esforços têm sido feitos no sentido de desenvolver tecnologias que aumentem, principalmente, a sensibilidade deste método de rastreio, como, por exemplo, a citologia em meio líquido e o teste do *deoxyribonucleic acid* (DNA) do HPV. Contudo, essa é uma técnica de alto custo, dificultando a acessibilidade do usuário (CASTRO et al., 2014).

Portanto, para o rastreamento desse câncer, o método mais amplamente utilizado ainda é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero). Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e com a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é capaz de reduzir, em média, de 60% a 90% a incidência do câncer cervical. A experiência de

alguns países desenvolvidos mostrou que sua incidência foi significativamente reduzida onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (WHO, 2007).

Assim, a realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento desse câncer. Esse exame deve ser oferecido às mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos, que tiveram atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o exame passará a ser realizado a cada três anos (BRASIL, 2013b).

Apesar da evolução histórica pela qual passou a saúde do Brasil, com relação ao CCU, alguns indicadores permanecem desafiadores no contexto da qualidade das ações e serviços ofertados. Tratando-se de diagnóstico, o país avançou na sua capacidade de realizá-lo precocemente. Na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva, ou seja, o estágio mais agressivo. Atualmente, 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Esse tipo de lesão é localizada e mais fácil de ser tratada evitando a evolução para o carcinoma (BRASIL, 2016b).

Entretanto, o sistema vigente no Brasil para o rastreamento e controle do CCU demonstra fragilidades, uma vez que não possui controle sobre quem realiza e o intervalo de tempo em que é realizado tem controle sobre quem está fazendo os exames e sobre o intervalo que estes têm sido realizados. Esse cenário é uma demonstração de programa oportunístico, o qual acarreta um contingente de mulheres super-rastreadas e outras tantas em falta com o controle (BRASIL, 2013b).

Alguns estudos demonstraram que, em países desenvolvidos, onde o rastreamento confere um programa organizado, são altos os índices de sucesso com a redução de câncer invasivo, uma vez que as alterações são diagnosticadas precocemente, tratadas e curadas em quase toda sua totalidade (QUINN et al., 1999).

O programa de rastreamento brasileiro ainda não confere uma organização pautada em agendamento da população-alvo conforme os critérios de elegibilidade das mulheres de risco e na periodicidade de realização do exame. Dessa forma, o uso de uma tecnologia que auxilie no recrutamento dessas mulheres para uma rotina de rastreamento será eficaz tanto para os profissionais, que terão um maior controle sobre as faltosas, facilitando a busca ativa pelas mesmas, bem como para

as mulheres, que estarão cientes e comprometidas com o agendamento de seus exames.

Como a atenção primária compreende a linha de frente na promoção de saúde e na prevenção de várias doenças, dentre elas o CCU, é pertinente que os profissionais que exercem essas ações estejam aptos a desenvolverem tecnologias leves para serem utilizadas em seu cotidiano de trabalho. Dessa forma, possibilitará a viabilização de melhorias nas atividades de educação em saúde, bem como proporcionar resultados efetivos, isto é, positivos e de baixo custo na execução do seu trabalho.

### **3.3 Tecnologias em saúde e sua aplicabilidade em ações educativas**

Ações para promoção de saúde remetem ao avanço das tecnologias utilizadas para atingir êxito na execução das atividades, perpassando desde a prevenção, promoção, cura, até a reabilitação em saúde. O avanço da ciência e da tecnologia no último século é considerado superior a todo o avanço atingido até então, gerando impactos diretos sobre as organizações e as profissões do setor da saúde (ARONE; CUNHA, 2007).

É importante entender que a tecnologia moderna não é apenas responsável pela fabricação de novas máquinas e ferramentas físicas, mas também por organizar e sistematizar as atividades em todos os níveis de ações da saúde (KOERICH et al., 2006).

Dessa forma, a tecnologia é usada diariamente pelos profissionais de saúde para facilitar a realização de muitas tarefas. Serve, por exemplo, para construir conhecimento e, quando empregada apropriadamente, atende às necessidades de determinados grupos sociais, com vista a solucionar problemas específicos de determinadas comunidades (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013).

O termo tecnologia é complexo, podendo ser classificado de acordo com o seu conteúdo, natureza ou emprego. É um processo que envolve diferentes saberes, habilidades, técnicas, equipamentos e indivíduos, com o objetivo de aumentar a eficiência humana nas mais variadas esferas (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Na saúde, a tecnologia não pode ser vista apenas como algo concreto, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações com a finalidade de aumentar e melhorar o tratamento e o cuidado por meio de suas práticas.

Também se manifesta na forma de conhecimentos e habilidades associadas ao uso e à aplicação destes recursos dentro de um sistema governamental, organizacional e de pessoas integradas, com o objetivo de maximizar a eficiência e a racionalidade da tecnologia aplicada (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

A OMS define tecnologia em saúde como a utilização de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para combater um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida de uma população. De forma simplificada, tecnologia em saúde refere-se à aplicação de conhecimentos com objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas. A utilização correta dessas tecnologias e a atualização constante das informações sobre elas são imprescindíveis para um maior benefício para os pacientes e também para os seus cuidadores e familiares (BRASIL, 2016a).

Os processos de incorporação de novas tecnologias em saúde têm sido utilizados no Brasil para racionalizar os crescentes gastos em saúde e selecionar tecnologias que apresentam os maiores benefícios para a sociedade, bem como melhoria em seus indicadores. Esses processos auxiliam na escolha dos produtos mais adequados. Como em qualquer outro mercado lucrativo, no âmbito da saúde muitas vezes são lançados produtos que não apresentam reais benefícios e geralmente acarretam aumento no custo dos tratamentos (BRASIL, 2016a).

A tecnologia em saúde é classificada em três tipos: dura, leve-dura e leve. As características que as diferem relacionam-se aos métodos, finalidades, nível de compreensão e público-alvo. Assim, cada tecnologia tem uma finalidade, método e grau de compreensão e o profissional de saúde deve ser conhecedor das atividades que melhor se enquadram para cada objetivo educativo em saúde que deseja atingir (MERHY; FRANCO, 2003).

Tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho em ato, em um processo de relações entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente (MERHY; FRANCO, 2003).

Dessa forma, o acolhimento feito pelos profissionais, a sua relação com o usuário, o acesso, vínculo e as emoções compartilhadas, estão inseridos na

tecnologia leve, bem como materiais produzidos para interação de ações entre o profissional e o público-alvo da ação. O conhecimento técnico e científico do profissional de saúde, que utiliza seus saberes bem estruturados para identificar o agravo que acomete o usuário, ou mesmo o repasse de informações para prevenção de possíveis agravos que venham a ocorrer, incluem-se nas tecnologias leve-duras. Enquanto os equipamentos, normas, rotinas e estruturas organizacionais, configuram-se em tecnologia dura (HONORATO et al., 2015).

Mediante o uso de tecnologias, a saúde tem sido moldada como um processo que abrange ações que devem considerar a pessoa e suas particularidades em seu espaço social, inserindo novos modos de agir que considerem o cotidiano e suas relações como fatores relevantes na atenção à saúde. Dessa forma, são amplamente utilizadas em atividades que visam orientar os usuários e estimulá-los a desenvolver atitudes positivas em suas práticas de saúde, gerando a possibilidade de aumento da resolutividade dos problemas apresentados e também a disposição concreta do atendimento integral nos serviços de saúde (HONORATO et al., 2015).

Nesse contexto, profissionais de saúde usufruem dessas tecnologias como uma forma de assistir sua clientela, promover autonomia e independência, seja em situações fechadas, na educação em saúde ou em qualquer outro ambiente (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013).

No processo de educação em saúde, deve-se priorizar o uso de tecnologias com metodologias ativas e construtivas, que valorizem os conhecimentos, habilidades e competências concebidas pelos sujeitos trabalhadores ao longo de sua história, nas quais o profissional se considere integrante da construção do serviço e auxilie na valorização do mesmo. É imprescindível, também, considerar o contexto em que está inserido o usuário do serviço, com todas as suas particularidades (HONORATO et al., 2015).

Assim, o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos, utilizando tecnologias que possam tornar eficazes essas ações (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Neste contexto, torna-se fundamental a utilização da tecnologia adequada para o alcance de resultados positivos quando se trata de prevenção de agravos, de forma eficiente, ou seja, resultados positivos, com o mínimo de custos.

No trabalho em questão, para alcançar êxito na adesão à realização de exames de prevenção do CCU, em mulheres resistentes a essa prática, a construção de uma tecnologia leve-dura (agenda para auxiliar na prevenção do câncer do colo do útero) para ser utilizada em intervenção educativa em saúde, considerou a importância de comprometer a mulher à periodicidade de realização do exame. Dessa forma, optou-se por elaborar, mediante adaptação de um material pré-existente (Agenda da mulher do Ministério da Saúde) (BRASIL, 2006a), de forma a torná-lo menos dispendioso financeiramente, visando atingir o objetivo proposto pelo estudo.

Contudo, os profissionais de saúde devem estar atentos à confiabilidade e fidedignidade dos materiais de tecnologia leve produzidos com fins de realizar atividades, tais como, de educação em saúde. Muitas vezes, materiais são produzidos e entregues diretamente aos usuários, sem que haja a validação de seu conteúdo por peritos no assunto a ser abordado. É, portanto, fundamental conhecer métodos que tornem válidos materiais educativos para que a ação em saúde a ser executada seja, de fato, eficaz.

### **3.4 Elaboração e validação do conteúdo de ferramentas em saúde**

O uso de tecnologias auxilia na execução de ações e serviços na área da saúde objetivando resultados exitosos. Para tanto, é necessário o uso de ferramentas com conteúdo válido, para que não ocorram problemas que possam levar ao insucesso e, sobretudo, prejudicar o usuário a quem se destina a ação.

Os materiais educativos, como tecnologias leves, assumem um papel importante no processo de educar, uma vez que promovem a mediação de conteúdos de aprendizagem e funcionam como recurso disponível, para que paciente e família possam consultá-lo sempre que necessário (CASTRO; LIMA JÚNIOR, 2014).

Portanto, para a elaboração de um bom material, com qualidade garantida, faz-se necessário selecionar informações realmente importantes para constar no instrumento, definições claras dos objetivos educacionais a serem alcançados pela

população em questão, além de ser atrativo, acessível, claro, significativo e compatível com a realidade do leitor. Ademais, não deve somente transmitir informações, mas, também, estimular a reflexão e fomentar a instrumentalização para o processo do cuidar (CASTRO; LIMA JÚNIOR, 2014).

Uma ferramenta bem elaborada, com informação de fácil entendimento, melhora o conhecimento e a satisfação do usuário, ajuda a desenvolver atitudes e habilidades, facilita o acesso à autonomia, promove adesão, tornando-os capazes de entender como as próprias ações influenciam o padrão de saúde, favorecendo a tomada de decisões. Assim, para que as mensagens contidas nesses instrumentos sejam transmitidas de maneira eficaz, devem ser bem planejadas, precisas, relevantes e bem entendidas (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Pasquali (1999) utiliza, para a elaboração de instrumentos, princípios estruturados em três grandes polos: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos). O polo teórico enfoca a questão da teoria que deve fundamentar qualquer empreendimento científico, no caso a explicitação da teoria sobre o construto para o qual se quer desenvolver um instrumento, bem como a operacionalização do construto em itens.

Dessa forma, para obter a construção adequada de um instrumento, é necessário um construto bem elaborado, estabelecendo a dimensionalidade desse construto, definindo constitutivamente e operacionalmente o mesmo e, no final, operacionalizá-lo em tarefas comportamentais (PASQUALI, 1999).

As definições constitutivas, segundo Pasquali (2010), são aquelas que aparecem como definições de termos em dicionários e enciclopédias. Assim, boas definições constitutivas irão permitir, em seguida, avaliar a qualidade do instrumento. Com essas definições, o objeto encontra-se, ainda, na teoria, no abstrato. Dessa forma, a passagem do abstrato para o concreto é viabilizado pelas definições operacionais do construto. Assim, as definições operacionais são aquelas que o define não mais em termos de outros construtos, mas em termos de operações concretas, isto é, de comportamentos físicos por meio dos quais o construto se expressa. Uma definição é operacional quando você pode dizer à pessoa: “vá e faça...”.

Após estabelecidas as definições na elaboração é importante organizar as informações em itens e que estes realmente representem o construto. Dessa forma, torna-se necessário avaliar tal hipótese em relação à opinião de outros para

assegurar que ela apresente garantias de validade. Assim, para a elaboração final do instrumento piloto, este deve ser submetido a dois tipos de análises: uma análise teórica dos itens através da análise semântica e análise dos juízes, ou seja, o instrumento deve passar por uma análise teórica feita por juízes, onde estes analisam e julgam se a análise incide sobre a compreensão dos itens (análise semântica) ou sobre a pertinência dos itens ao construto que representam (propriamente chamada de análise dos juízes) (PASQUALI, 1999: 2010).

Segundo Pasquali (1999), a análise semântica tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina. Ou seja, se os itens são inteligíveis desde os estratos mais baixos (de habilidades) da população-meta, como também para uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) para garantir a denominada “validade aparente” do instrumento, que compreende um dos critérios de elaboração de ferramentas educacionais.

Na análise dos juízes, também chamada de análise de conteúdo ou análise do construto, os avaliadores devem ser peritos na área em questão, uma vez que sua tarefa consiste em julgar se os itens estão se referindo ou não ao traço específico estudado. A partir dos resultados, uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que, teoricamente, se refere (PASQUALI, 2010).

Seguindo o modelo metodológico de Pasquali (1999), foi construído um produto final elaborado de forma didática, objetiva e clara, passando por um processo de validação teórica para, finalmente, ser aplicado ao público-alvo.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Uma de construção e validação de tecnologia leve dura para ser utilizado na intervenção e uma segunda fase de aplicabilidade desse instrumento, isto é, uma intervenção educativa em saúde após busca ativa.

A primeira etapa compreendeu um delineamento metodológico, no qual ocorreu a elaboração e validação de conteúdo de um instrumento para estratégia de educação em saúde, com linguagem adequada para mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, elegíveis ao exame de prevenção do CCU, no município de Picos-PI. O processo de validação de conteúdo seguiu o referencial de Pasquali (1999; 2010), dividido em análise semântica e análise de conteúdo.

A segunda etapa compreendeu um estudo de intervenção, comparativo-descritivo, do tipo antes e depois. O estudo de intervenção é aquele no qual o pesquisador estuda os efeitos de uma intervenção específica (POLIT; BECK, 2011). O estudo comparativo procura aclarar no fenômeno pontos em comuns e incomuns de informações pré e pós-teste, pois é permitido inferir dados concretos, deduzir elementos estáveis, impalpáveis e gerais aqui presentes (PRODANOV; FREITAS, 2013).

### **4.2 Local e período do estudo**

O estudo foi desenvolvido na cidade de Picos-PI, que está situada na região centro-sul do Piauí, a 310 km da capital Teresina, com uma população estimada em 73.414 habitantes (sendo 58.307 na zona urbana e 15.107 na zona rural). É a cidade mais desenvolvida economicamente dessa região. Essa característica associada ao seu posicionamento geográfico lhe confere a condição de polo comercial, especialmente, de combustível e mel, além de ser referência em serviços de saúde para municípios vizinhos (IBGE, 2010).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Picos, o município oferece amplo atendimento na área da saúde, tanto no setor público, quanto no privado, atendendo a demanda da microrregião em diversas especialidades. Possui

36 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 25 estão na zona urbana e 11 na zona rural, as quais são responsáveis pela coleta da citologia oncológica pelo SUS.

Dessa forma, foram priorizadas para fazerem parte da pesquisa aquelas unidades de ESF que possuíam um maior número de usuários do SUS e que estavam com baixa adesão das mulheres ao exame Papanicolaou. O estudo foi realizado, por conseguinte, no período de julho a dezembro de 2016, nas unidades básicas de saúde do referido município e nas residências das mulheres cadastradas nas unidades de ESF selecionadas.

### **4.3 População e amostra**

Subsequente à elaboração da agenda, foi realizada a validação do construto, uma vez que, na medida em que são demonstradas a validade e confiabilidade dos instrumentos, atesta-se sua qualidade, afasta-se a possibilidade de erros aleatórios e aumenta-se a credibilidade de sua utilização na prática (LOBIONDO; WOOD; HABER, 2001). Para validação da tecnologia, recomenda-se que a avaliação seja realizada por profissionais de saúde especializados na área temática e por indivíduos que possuem o problema em questão, de modo a concretizar o trabalho em equipe e valorizar diferentes opiniões sob um mesmo foco (ECHER, 2005).

Foram participantes do estudo três grupos, a saber: juízes de conteúdo (pesquisadores/docentes na área de saúde da mulher, tecnologias educativas e/ou validação de instrumentos), juízes técnicos (enfermeiros e médicos com experiências na prevenção do colo do útero) e mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos para a etapa de análise semântica e para a fase de intervenção.

Foram utilizados os mesmos critérios de inclusão para as mulheres participantes tanto na etapa de análise semântica quanto na de intervenção. Dessa forma, foram incluídas na amostra as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que afirmaram já ter iniciado atividade sexual, que nunca tinham feito citopatológico do colo do útero ou que estavam há mais de três anos sem realizar o exame, fossem cadastradas na ESF e utilizassem esse serviço. Foi considerado critério de exclusão estar gestante. As participantes da análise semântica, não participaram da intervenção.

Durante a primeira etapa da validação de conteúdo, na análise semântica, foi verificado se os itens eram compreensíveis para a população à qual a ferramenta se destinava. Neste caso, mulheres de 25 a 64 anos que atenderam aos critérios de inclusão da amostra da etapa de intervenção, porém, da área de abrangência de uma unidade de saúde não sorteada, participaram em pequenos grupos (três) de uma situação denominada *brainstorming*. Essa técnica funciona da seguinte forma: constitui-se um grupo de até 4 pessoas, iniciando com sujeitos do estrato mais baixo da população-meta, porque se supõe que se tal estrato compreende os itens, a fortiori o estrato mais sofisticado também os compreenderá. A este grupo é apresentado item por item, pedindo que ele seja reproduzido pelos membros do grupo. Se a reprodução do item não deixar nenhuma dúvida, o item é corretamente compreendido. Se surgirem divergências na reprodução do item ou se o pesquisador se perceber que ele está sendo entendido diferentemente do que ele, pesquisador, julga que deveria ser entendido, tal item tem problemas. Dada esta situação, o pesquisador então explica ao grupo o que ele pretendia dizer com tal item. Normalmente, neste caso, as próprias pessoas do grupo irão sugerir como se deveria formular o item para expressar o que o pesquisador quer dizer com ele; e aí está o item reformulado como deve ser (PASQUALI, 1999).

Cada grupo foi constituído por quatro participantes, distribuídas conforme o nível de escolaridade: baixa escolaridade (não alfabetizadas e ensino fundamental), média escolaridade (ensino médio) e alta escolaridade (ensino superior) totalizando 12 participantes.

Para a segunda etapa do processo de validação de conteúdo, denominada análise de conteúdo ou análise de juízes, Pasquali (1999) indica o número de seis a 20 especialistas e Vianna (1982) destaca a importância do número de especialistas ser ímpar, para evitar o empate de opiniões. Dessa forma, buscou-se o quantitativo mínimo de sete especialistas, sendo quatro enfermeiros da ESF e três médicos especialistas na área de saúde da mulher.

A amostragem dos juízes de conteúdo foi por conveniência. Foram escolhidos, preferencialmente, os doutores e mestres, por entender que profissionais com mais anos de estudo e atuação possuem um maior nível de excelência. Com o intuito de assegurar uma avaliação adequada do conteúdo submetido, fez-se crucial que os juízes fossem *experts* na área de interesse, que significa pessoa que se

consagra com interesse e cuidado a certo estudo ou que tem habilidade prática a determinada conduta (FEHRING, 1994).

Para seleção dos juízes técnicos, foi utilizada a amostragem por conveniência para inclusão de profissionais (médicos e enfermeiros) que atenderam aos critérios: possuir, no mínimo, três anos de experiência na atenção básica e prevenção do câncer de colo do útero. Ressalta-se que, por tratar-se de uma ferramenta “de avaliação” e não “de medida” de um atributo, a variabilidade regional dos avaliadores tornou-se dispensável (PASQUALI, 1999).

A etapa de intervenção teve como público-alvo as mulheres na faixa etária prioritária para rastreamento do câncer de colo uterino, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde de 2016. Segundo dados do DATASUS (2012), o município de Picos-PI contava com uma população de 39.432 mulheres, sendo que 20.185 estavam na faixa etária de 25 a 64 anos. Dentre essas, apenas 4.126 realizaram o exame de rastreamento do CCU.

O cálculo amostral foi probabilístico, utilizando-se a fórmula para populações finitas, com base na estimativa da proporção populacional:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1 - p) \cdot Z^2}{p \cdot (1 - p) \cdot Z^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Onde  $N$  é o tamanho da população (20.185);  $p$  é a proporção populacional de ocorrência do evento, em que foi considerado o percentual de 20,4% (DATASUS, 2012);  $Z$  é o valor crítico do nível de confiança (1,96) e  $E$  é o erro máximo de estimativa (5%). Dessa maneira, a amostra mínima necessária para o estudo foi de 246 participantes.

A amostragem foi estratificada, com divisão proporcional entre os estratos: 170 da zona urbana e 76 da zona rural. Para a coleta dos dados, foram sorteadas três unidades da ESF para ambas as zonas, considerando-se as diferenças de distribuição das características dessa população. Caso a amostra não fosse suficiente em uma única ESF, automaticamente aquela sorteada sequencialmente seria introduzida no estudo, até que a amostra fosse completamente contemplada. O sorteio foi realizado por meio do *software BioEstat*, versão 5.3.

Foi construída uma lista da ESF, especificando aquelas com maior número de usuários do SUS e com baixa adesão ao exame. Após sorteio das unidades, foi realizado levantamento das mulheres que atendiam aos critérios de inclusão para composição da amostra. Aquelas não localizadas após a terceira tentativa de

contato, foram substituídas por meio de sorteio, até que se completasse a amostra mínima para o estudo.

#### 4.4 Operacionalização do estudo

As etapas conduzidas para operacionalização do estudo estão apresentadas na figura 2.

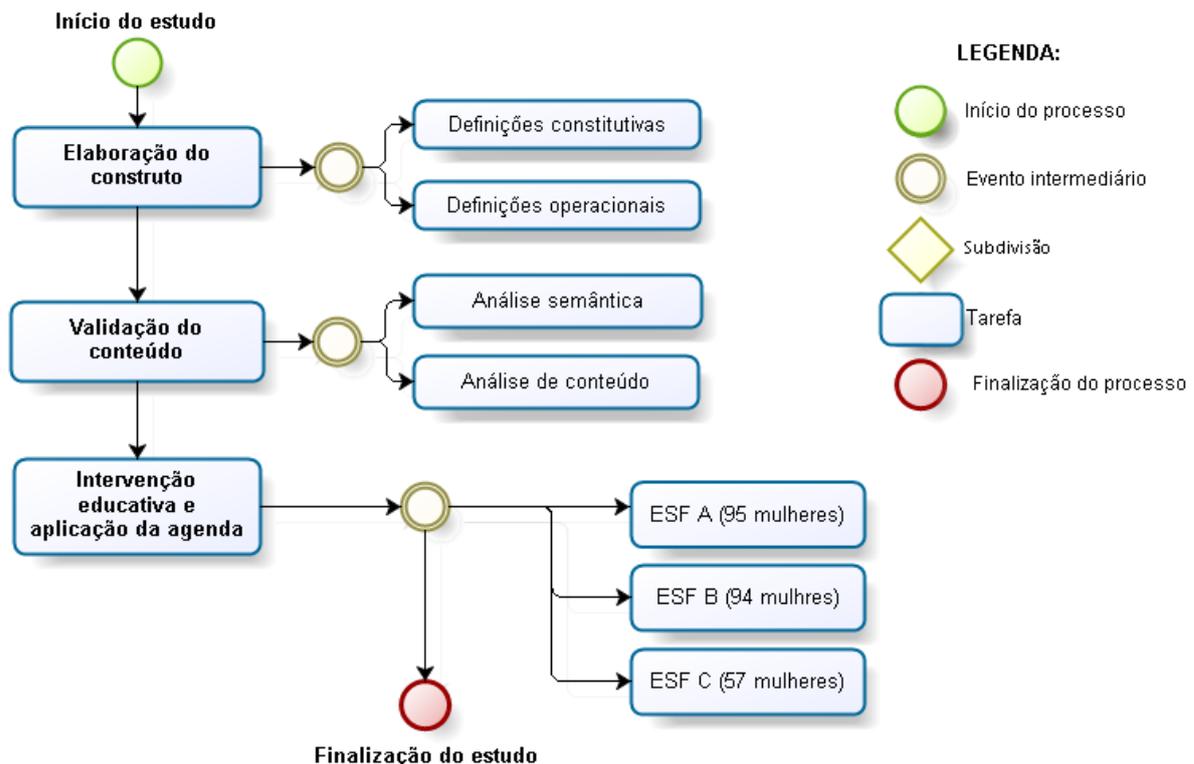


Figura 2 - *Flawchart* das etapas de operacionalização do estudo. Picos, PI, Brasil, 2017

Realizou-se a construção da agenda da prevenção do câncer de colo do útero, mediante adaptação da Agenda da Mulher do MS (2006), em seguida foi realizada a validação do conteúdo para, posteriormente, ser utilizada na intervenção. Para a construção do material, utilizou-se o método de revisão integrativa da literatura, no qual foram analisadas as principais publicações sobre câncer de colo do útero e sua prevenção.

A revisão ocorreu nas bases de dados eletrônicas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed®) via *National Library of Medicine*, com consulta no *Medical Subject Headings* (MeSH), *Cumulative Index to Nursing*

*and Allied Health Literature* (CINAHL), com identificação da Terminologia CINAHL; e Coleção Principal do *Web of Science*<sup>TM</sup>, cujo mecanismo de pesquisa utiliza palavras-chave, objetivando recuperar artigos indexados ou em processo de indexação nas bases de dados. Os artigos foram acessados por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em área com *Internet Protocol* (IP) reconhecido e analisados por dois revisores.

Para a busca específica nas bases de dados, foram utilizadas combinações entre descritores, para localização de artigos indexados, e palavras-chave referentes a tais descritores, para recuperação de artigos em processo de indexação, por meio do operador booleano “OR” para cada elemento da busca: referentes à população (P) – câncer de colo do útero –, ao interesse (I) – Exame Papanicolau –, e ao contexto (Co) – promoção da saúde da mulher. Foi utilizado o operador booleano “AND” para combinação dos elementos, com base na metodologia PICo indicada para pesquisas não clínicas, como a revisão integrativa da literatura. Os materiais foram utilizados como complementação aos referenciais do Ministério da Saúde, que foram base para produção da agenda.

Os conhecimentos investigados sobre o tema e o apoio de um *designer* gráfico para elaboração da arte foram utilizados para elaboração da tecnologia. Outrossim, foram utilizadas as recomendações de Moreira, Nóbrega e Silva (2003), no que diz respeito à linguagem, ilustração e *layout*, de modo a torná-los legíveis, compreensíveis, eficazes e culturalmente relevantes.

Na elaboração do construto da agenda para orientação na prevenção do CCU, foi priorizada uma linguagem simples, para um bom entendimento por parte das usuárias. As etapas de preenchimento da agenda (identificação, dados pessoais, endereço, histórico de saúde, história clínica/ginecológica e agendamento de exames preventivos do câncer) foram utilizadas exatamente como apresentado na Agenda da Mulher.

A adaptação foi necessária, porque a Agenda da Mulher do Ministério da Saúde compreende um material voltado para a saúde da mulher como um todo, abordando diferentes pontos relacionados à mulher e sua saúde, resultando em um material extenso, que dificulta a reprodução do mesmo para todas as mulheres. Dessa forma, preocupou-se em fornecer um material didático e de fácil aquisição pelo gestor, para que pudesse ser reproduzido para todas as mulheres na faixa

etária de 25 a 64 anos, recomendada pelo Ministério da Saúde, para o rastreamento do CCU.

Para assegurar que a agenda contemplasse um construto relevante para a temática em questão e representasse adequadamente garantia de validade, foi utilizado o referencial metodológico de Pasquali (1999: 2010). O processo de avaliação ocorreu em duas etapas: a análise semântica e a análise de conteúdo, como mostra a Figura 3.

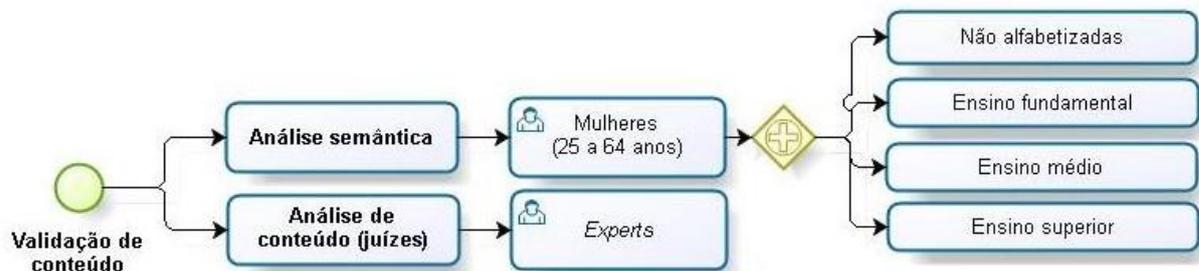


Figura 3 - Representação esquemática das etapas da validação de conteúdo para análise teórica dos itens do questionário. Picos, PI, Brasil, 2017.

Na análise semântica, inicialmente, verificou-se a compreensão das informações com um grupo de participantes do estrato mais baixo na população (não alfabetizadas) e a linguagem das sentenças foi reformulada à medida em que apareceram dificuldades de compreensão. Posteriormente, cada item foi discutido com um grupo de maior estrato. Os itens seriam reformulados até a compreensão de um ou, no máximo, dois grupos com menor escolaridade e, no mínimo, um grupo com maior formação (PASQUALI, 2010).

Esse momento foi relevante, pois torna possível identificar as dificuldades de compreensão e as lacunas para o processo de aprendizagem, minimizando a distância entre o subsídio apresentado e a abstração das informações (LIMA, 2014). Subsequentemente às alterações sugeridas, o material foi encaminhado aos juízes.

Os juízes foram selecionados a partir de alguns critérios, dentre eles: ser profissional da área da saúde com experiência em prevenção do câncer do colo do útero com, no mínimo, três anos de experiência e trabalhar diretamente com a saúde da mulher. Para uma maior fidedignidade, optou-se em expor o material à análise de duas categorias profissionais: médicos (ginecologistas) e enfermeiros da ESF, com experiência na prevenção do câncer do colo do útero e um profissional docente, com experiência em validação de materiais educativos.

Foram distribuídos *kits* aos juízes contendo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, carta convite para a análise do conteúdo, instrumento de caracterização dos sujeitos, instrumento de validação e um exemplar da agenda. O convite foi realizado pessoalmente pela pesquisadora e após a confirmação do juiz, mediante assinatura do TCLE, foi entregue o *kit* e fornecido um prazo de sete dias úteis para o devolvimento do material devidamente preenchido.

Foi concedido um prazo de sete dias para devolução do material, podendo ser prorrogado por mais sete dias, mediante reenvio do e-mail. Os que não responderam em 15 dias foram excluídos da pesquisa (APÊNDICES G, H e I).

Após o levantamento de todas as sugestões feitas pelos especialistas e pelo público-alvo, foi realizada a adequação da agenda, de forma a atender às necessidades e expectativas da população. A posteriori, o material foi enviado para revisão do português e impressão gráfica. Foram produzidas as versões da agenda antes (APÊNDICE J) e após a validação de conteúdo (APÊNDICE K).

Após validação do material, seguiu-se reunião com os enfermeiros e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada ESF, com a finalidade de divulgar os objetivos do trabalho e solicitar dos mesmos um levantamento das mulheres cadastradas em suas microáreas, que nunca haviam realizado o exame citopatológico do colo do útero ou que estavam há mais de três anos sem realizá-lo. Posteriormente, foram realizadas visitas domiciliares com a pesquisadora, acompanhada com a ACS responsável por cada microárea, para aplicação do instrumento, coleta de dados e atividade de educação em saúde para cada mulher individualmente, na qual os objetivos da pesquisa foram esclarecidos à amostragem e após o consentimento livre e esclarecido, os dados foram coletados.

As participantes foram convidadas, pela pesquisadora, a realizarem a citologia oncótica, na unidade de saúde mais próxima da moradia de cada entrevistada. Com o aceite, o exame ficou com data pré-agendada, especificada na própria agenda. Após a realização do exame de citologia oncótica das participantes do estudo, que aderiram à realização do exame agendado, a avaliação dos resultados e da eficácia da utilização da tecnologia leve-dura, para a adesão de mulheres ao exame, foi realizada.

#### 4.5 Instrumento de coleta de dados

As variáveis do estudo foram organizadas para caracterização e avaliação das participantes (APÊNDICE A). Os juízes receberam os itens/tópicos do construto elaborado por meio de revisão integrativa da literatura, alterados com o resultado da análise semântica, no formato de um instrumento para avaliação dos critérios de validade, além de um questionário socioeducacional (APÊNDICES B, C e D).

Foram avaliados os critérios de “compreensão verbal” e “pertinência”, para os quais os juízes responderam conforme escala *Likert* de quatro pontos: (1) nada compreensível ou pertinente, (2) pouco compreensível ou pertinente, (3) muito compreensível ou pertinente e (4) bastante compreensível ou pertinente. De acordo com Pasquali (2010), uma concordância de 80% entre os juízes é critério de decisão para a pertinência do item a que teoricamente se refere.

Os dados da fase de intervenção foram coletados por meio de um questionário, construído pela pesquisadora e composto por quatro partes (APÊNDICES E e F). A primeira parte continha os aspectos sociodemográficos, cujas variáveis foram: idade, estado civil, escolaridade, ocupação, jornada de trabalho, moradia, raça/cor, renda individual mensal, possui bolsa família e com quem mora. A segunda apresentou o perfil ginecológico, que teve como variáveis: idade do início da atividade sexual, número de parceiros sexuais, número de filhos, uso de preservativo em todas as relações sexuais, uso de anticoncepcional e a ocorrência de alguma doença sexualmente transmissível.

A terceira tratou do conhecimento das participantes da pesquisa sobre a prevenção do câncer de colo do útero, utilizando-se as seguintes variáveis: conhecimento sobre a finalidade e frequência da realização do exame. Por fim, uma quarta parte, que abordou a prática das mulheres em relação ao exame Papanicolau, tendo como variáveis: realização do exame de prevenção de CCU, ano e local de realização do último exame e as maiores dificuldades enfrentadas para a realização do exame.

Após a intervenção foi aplicado um questionário abordando os seguintes itens: conhecimento sobre finalidade e periodicidade de se fazer o exame, se realizou ou não o exame após intervenção e dados relacionados aos resultados dos exames (epitélios analisados, alterações celulares, microbiologia, negatividade ou positividade para o câncer e conclusão). O instrumento foi previamente testado,

sendo aplicado, inicialmente, a 10% do quantitativo da amostra, com grupo de mulheres de outra unidade de saúde não sorteada para o estudo.

#### **4.6 Procedimentos para análise dos dados**

Os dados encontrados foram digitados em dupla planilha do *Microsoft Excel*® e foram validados para a identificação de possíveis erros. Posteriormente, foram transportados para o *software IBM*® *SPSS*®, versão 21.0. Foram calculadas estatísticas descritivas como média, mediana, desvio padrão, mínimos e máximos, para as variáveis quantitativas; e frequências, para as variáveis qualitativas.

Para a validação de conteúdo da ferramenta, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Esse índice compreende um método muito utilizado na área da saúde que mede a proporção de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e seus itens. Desse modo, o IVC permite analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que os especialistas marcaram “3” ou “4”. Dessa forma, a fórmula consiste no número de respostas “3” ou “4” dividido pelo número total de respostas. Para o IVC total do instrumento, foram consideradas as médias dos valores dos itens calculadas separadamente, em seguida foram somados todos os IVC e divididos pelo número total de itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O IVC foi a única estatística utilizada como critério para validação do conteúdo da planilha.

Nas análises inferenciais, para as variáveis qualitativas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para verificação de associações entre as características das mulheres e a realização do exame Papanicolau após a intervenção com a agenda. Quando não atendidos os pressupostos desse teste, as variáveis foram dicotomizadas para realização do Teste Exato de Fisher. Para dicotomização das variáveis quantitativas foi considerada a mediana da distribuição dos valores da variável. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%.

#### 4.7 Aspectos éticos e legais

Antes da coleta de dados, as participantes foram informadas pela pesquisadora quanto aos objetivos do estudo e, logo após, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram garantidos os preceitos éticos da beneficência e não maleficência, do anonimato e o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. Dois tipos de TCLE foram produzidos, para as diferentes fases da pesquisa. Um para os juízes na fase de validação do instrumento de tecnologia leve e outro para a fase de intervenção, para as mulheres participantes do estudo.

Às participantes foram explicados os possíveis riscos que a pesquisa poderia acarretar. Sendo estes de natureza física, psicológica, emocional ou social, visto que as participantes poderiam sofrer alguma fadiga na perspectiva intelectual e física. Consequência da etapa com intervenção educativa que o estudo possui e, ainda, o formulário de coleta de dados contendo quatro partes, além da realização do exame, o qual poderia causar constrangimento e desconforto pela própria natureza do procedimento.

Todavia, os riscos envolvidos nesta pesquisa foram compensados pelos benefícios apresentados, pois foram resguardados a privacidade e o anonimato referente à coleta de dados, bem como seguidos todos os passos e técnicas dos protocolos do Ministério da Saúde para a coleta do exame de citologia oncótica. Sendo garantido às participantes o resultado do exame, assim como a continuidade da assistência (tratamento e encaminhamentos) pela ESF de sua microárea, conforme previamente acordado com a equipe local e a Secretaria Municipal de Saúde.

Além disso, a pesquisa trouxe benefícios, uma vez que buscou, ativamente, e esclareceu, através de ações de educação em saúde, uma demanda de mulheres que, por algum motivo, não realizam seus exames de rastreio conforme preconiza o Ministério da Saúde. Sendo a adesão à realização do exame após intervenção um fator positivo para a detecção e prevenção do CCU. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) (ANEXO A), sob parecer n.º 1.607.328, respeitando-se as normas da resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013c).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Elaboração do conteúdo da agenda para prevenção do câncer do colo do útero

A construção da agenda para a prevenção do câncer do colo do útero, intitulada: “Prevenção do câncer do colo do útero em dia”, para ser trabalhado com mulheres na atenção primária, teve a finalidade de esclarecer sobre a importância da prevenção e, sobretudo, estimular a manter atualizado seu exame citopatológico, mediante agendamento e acompanhamento profissional, visando um maior comprometimento das usuárias com a saúde e melhor controle por parte dos profissionais de saúde.

O material construído foi uma adaptação da Agenda da Mulher publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, com a finalidade de utilizar um material de boa qualidade e referência. Foi priorizada uma linguagem simples, para um bom entendimento por parte das usuárias.

O instrumento elaborado traz informações sobre as mulheres, como dados pessoais, história clínica e ginecológica, os quais serão de grande relevância para os profissionais responsáveis pela assistência, bem como informações acerca da doença, formas de prevenção e agendamento de exames citopatológicos, a fim de contribuir para o estímulo a realização, por parte dessas mulheres, das ações de saúde ofertadas.

Para tanto, a elaboração do mesmo iniciou-se pelas definições constitutivas e operacionais, como estão dispostas a seguir:

#### 1. Definições constitutivas:

- 1.1. Identificação: ação ou efeito de identificar (DICIO, 2003).
- 1.2. Dados pessoais: consideram-se dados pessoais quaisquer informações relativas a uma pessoa individual identificada ou identificável através das mesmas (designadamente, «por referência a um número de identificação ou a um ou mais elementos específicos da sua identidade física, fisiológica, psíquica, económica, cultural ou social»).
- 1.3. Endereço: A designação da residência de uma pessoa: vou deixar meu endereço (DICIO, 2003).

- 1.4. História de saúde/História clínica/História Ginecológica: Anamnese, ou seja, conjunto das informações recolhidas pelo médico a respeito de um doente e de sua doença (DICIO, 2003).
- 1.5. Câncer do colo do útero: é a replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 90% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (cerca de 10% dos casos) (BRASIL, 2013b).
- 1.6. Evolução da doença: Sucessão das manifestações de uma doença (DICIO, 2003).
- 1.7. Fatores que aumentam o risco: Perigo; probabilidade ou possibilidade de perigo: estar em risco (DICIO, 2003).
- 1.8. HPV: Papiloma Vírus Humano
- 1.9. Prevenção primária: Visa evitar ou remover fatores de risco ou causais antes que se desenvolva o mecanismo patológico que levará à doença. Recorre a meios dirigidos ao nível individual, a grupos selecionados ou à população em geral. Dessa forma, espera-se a diminuição da incidência da doença pelo controlo de fatores de risco ou causas associadas, bem como a diminuição do risco médio de doença na população.
- 1.10. Prevenção secundária: Corresponde à detecção precoce de problemas de saúde em indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos para a situação em estudo. Pretende-se, ainda, que haja uma aplicação imediata de medidas apropriadas, com vista ao rápido restabelecimento da saúde ou, pelo menos, um condicionamento favorável da evolução da situação, com cura e/ou redução das consequências mais importantes da doença.
- 1.11. Preparação para o exame: Ação de preparar, de se prepara (DICIO, 2003).
- 1.12. Recomendações: Conselhos; aquilo que se usa para advertir, aconselhar, recomendar: recomendações médicas (DICIO, 2003).
- 1.13. Agendamento: é uma palavra derivada de agendar, agendar (de agenda), fazer constar em agendas; incluir em agendas (DICIO, 2003).

## 2. Definições operacionais:

- 2.1. Identificação: A mulher fará sua identificação através de seu nome completo, e cartão nacional de saúde, data de nascimento, etnia, naturalidade, ocupação, estado civil e nome da mãe.
- 2.2. Dados pessoais: A mulher irá informar alguns dados pessoais relevantes e condicionantes a sua saúde, tais como: grupo sanguíneo e fator Rh se possuem alguma deficiência, escolaridade e ocupação.
- 2.3. Endereço: informará seu endereço e telefone para eventuais visitas dos profissionais de saúde.
- 2.4. História de saúde: Informará dados relacionados à sua saúde em forma de uma sucinta anamnese para colaborar no processo de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como facilitar diagnósticos e cuidados de enfermagem.
- 2.5. História clínica/ginecológica: informará dados referentes à sua saúde ginecológica, bem como sobre hábitos que influenciarão diretamente na sua saúde.
- 2.6. Câncer do colo do útero: Informará a mulher, de forma breve e objetiva, o que é o câncer do colo do útero.
- 2.7. Evolução da doença: mostrará de forma gráfica a evolução da doença, utilizando o recurso visual a fim de causar um impacto com a informação. Visando, com isso levar o conhecimento e estimular à realização do exame, sobretudo àquelas que nunca realizaram.
- 2.8. Fatores que aumentam o risco para o câncer do colo do útero: Informar às mulheres sobre os fatores de risco para que a partir daí se tornem vigilantes com seus hábitos a fim de prevenir a doença.
- 2.9. HPV: Informar sobre a principal causa do câncer do colo do útero e suas formas de transmissão. Enfatizando a prevenção.
- 2.10. Prevenção primária: estimular o uso do preservativo na prevenção da doença, bem como informar a existência da vacina.
- 2.11. Prevenção secundária: Estimular à realização do exame citopatológico do colo do útero como principal método de rastreio de lesões pré-cancerígenas e diagnóstico precoce.
- 2.12. Preparação para o exame: informar à mulher a maneira adequada de proceder para a realização do exame e para uma coleta satisfatória.

- 2.13 **Recomendações:** especificar para as mulheres a periodicidade correta para a realização do exame de prevenção do câncer do colo do útero.
- 2.14 **Agendamento:** Consiste em deixar registrado o exame, resultado, encaminhamentos e retorno para a realização do próximo exame. Este item facilitará o trabalho dos profissionais nas buscas ativas ao mesmo tempo que lembra a mulher do seu retorno ao serviço de saúde.

Além das etapas de preenchimento e agendamento dos exames, foi acrescentada uma etapa de informações sobre o câncer do colo do útero, evolução da doença, fatores de risco, formas de prevenção, como se preparar para o exame Papanicolau e recomendações para a periodicidade de realização do exame. Dessa forma, os principais objetivos da agenda são: informar sobre o câncer de colo do útero e a importância da prevenção, auxiliar os profissionais na prestação da assistência e, sobretudo, comprometer a mulher com sua responsabilidade sobre a saúde, tendo em vista o comprometimento com o agendamento do exame e, conseqüentemente, com a prevenção.

O conteúdo foi organizado foi elaborado da seguinte forma:

- **Capa:**

Apresentação com o título: Prevenção do câncer do colo do útero em dia. Apresentação com figura representando a mulher e ao final da página logomarca do Programa de Mestrado Profissional em saúde da Mulher.

- **Contra-capas:**

Texto na parte superior: Agenda para orientação na prevenção do câncer do colo do útero. Em seguida, os responsáveis pela elaboração. Finalizando-se com local e ano.

- **Primeira página: identificação/dados pessoais/endereço:**

No cabeçalho há um espaço para a mulher colocar sua foto e um pequeno texto ao lado que diz: “O câncer do colo do útero pode ser evitado! Você, mulher, não pode esperar os sintomas para se prevenir ou tratar, como acontece na maioria das vezes. As possibilidades de cura são de 100%, se a mulher fizer o preventivo periodicamente. Busque o resultado e, se necessário, faça o tratamento adequado”.

Seguem: data de preenchimento da agenda, identificação com nome, data de nascimento, naturalidade, UF, cor/etnia, profissão/ocupação atual, estado civil, número do cartão do SUS e nome da mãe. Dados pessoais com grupo sanguíneo e

fator Rh, presença de deficiência (tipo), se doadora de órgãos, escolaridade, se é chefe de família, ocupações anteriores. Endereço com município de residência e UF, logradouro e número, complemento, CEP, Zona, ponto de referência, bairro, telefone para contato e país de residência.

No rodapé da página apresenta-se um pequeno texto: “Mulher: guarde sua agenda em local seguro, protegida de umidade e poeira”.

▪ **Segunda página: Histórico de Saúde**

Antecedentes familiares – especificar ao lado grau de parentesco: pressão alta, doenças do coração, derrame/tromboembolismo, diabete, varizes, obesidade, doenças da tireóide, anemia falciforme, doenças pulmonares/tuberculose, doenças músculo-esqueléticas, doenças reumáticas/colagenases, doenças dos ossos/osteoporoses, transtornos psiquiátricos, câncer, outros.

Antecedentes pessoais: Doenças não transmissíveis, pressão alta, doenças do coração, derrame/tromboembolismo, diabete, varizes, obesidade, colesterol alto, doenças da tireóide, anemia falciforme, anemia ferropriva, infecção urinária repetida, outras doenças do aparelho urinário, doenças dos ossos/osteoporose, doenças músculo-esqueléticas, doenças reumáticas/colagenases, doenças pulmonares, transtornos neurológicos, transtornos psiquiátricos, doenças do aparelho gastrointestinal, câncer, outras. Data do início, tratamentos realizados e medicações em uso. Doenças transmissíveis: tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, hepatites – tipo, sífilis, outras (especificar), data do início, tratamentos realizados, medicações em uso.

Histórico de imunizações: Tétano/difteria, febre amarela, hepatite B, rubéola, outras, número de doses, última dose (data). História de transfusão sanguínea, alergias/reações adversas a medicamentos.

Acidentes ou violência/acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho: especificar, data do início, tratamentos realizados, medicações em uso.

Hábitos de consumo regular: álcool (em anos), copos por dia, outras drogas, fumo (em anos), número de cigarros por dia, se já tentou parar e quando. Pratica-se alguma atividade física e qual? Caminhada, dança, esporte, outras. Fazem-se atividades não programadas (caminhar até o trabalho, nadar, esporadicamente, cuidar de plantas, passear com crianças ou animais), frequência e duração.

Saúde bucal: Dentes naturais (sim, Não, Parciais), número de dentes; uso de prótese (dentadura, parcial removível), observação. Uso regular de medicamento (qual/dose).

- **Terceira página: História clínica/ginecológica**

Inicia-se pela seguinte observação: “Deve ser preenchido pela (o) profissional de saúde, de preferência médica (o) ou enfermeira (o). Seguida de: idade da primeira menstruação; data da última menstruação; idade da primeira relação sexual; ciclos menstruais (periodicidade/duração/intensidade do fluxo), orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual, transexual, transgênero); antecedentes obstétricos (gestação/nascidos vivos/nascidos mortos/partos prematuros/RN de baixo peso/partos normais/fórcepes/cesáreas/abortos/curetagens/AMIU); complicações no parto/pós-parto (hemorragias, infecções, depressão, HAS, outros); amamentação (duração máxima do aleitamento exclusivo, duração do aleitamento com alimentação complementar); método anticoncepcional atual; acompanhamento do climatério (sintomas, tratamentos hormonal, não hormonal, tempo de uso); doenças sexualmente transmissíveis (quais, tratamentos); uso de preservativo (regular, irregular, não usa), feminino ou masculino; patologias ginecológicas pregressas (anomalias congênitas/malformações, tensão pré-menstrual, cólicas, irregularidade menstrual/ovários policísticos, hiperprolactinemia, heperandrogenismo, sangramentos uterinos disfuncionais, infertilidade, endometriose, doença inflamatória pélvica, vulvovaginites/cervicites, doenças benignas das mamas (qual?), tumores benignos no útero (miomas, pólipos), tumores benignos no ovário (cistos, sólidos), lesões percussoras do colo uterino (pré-malignas), câncer de mama, câncer do útero (colo, corpo), outros cânceres do aparelho genital, outras doenças), tratamentos realizados.

Procedimentos e cirurgias ginecológicas ou mamárias (incluindo tratamento quimioterápico, radioterápico e outros), com data, resultado (anatomopatológico) e local.

- **Quarta e quinta páginas: Orientações**

Trata-se de uma etapa que traz informações e orientações acerca do câncer do colo do útero; a evolução da doença; fatores de risco; como o HPV é transmitido; formas de prevenção (primária e secundária); como se preparar para a realização do

exame de prevenção do câncer do colo do útero e as recomendações de periodicidade.

- O que é câncer de colo do útero?

É um tumor que se desenvolve a partir de alterações no colo do útero, que se localiza no fundo da vagina. Essas alterações são chamadas de lesões precursoras, são totalmente curáveis na maioria das vezes e, se não tratadas, podem, após muitos anos, se transformar em câncer (INCA, 2016b).

As lesões precursoras ou o câncer em estágio inicial não apresentam sinais ou sintomas, mas conforme a doença avança podem aparecer sangramento vaginal, corrimento e dor, nem sempre nessa ordem. Nesses casos, a orientação é sempre procurar um posto de saúde para tirar as dúvidas, investigar os sinais ou sintomas e iniciar um tratamento, se for o caso (INCA, 2016b).

- Evolução da doença:

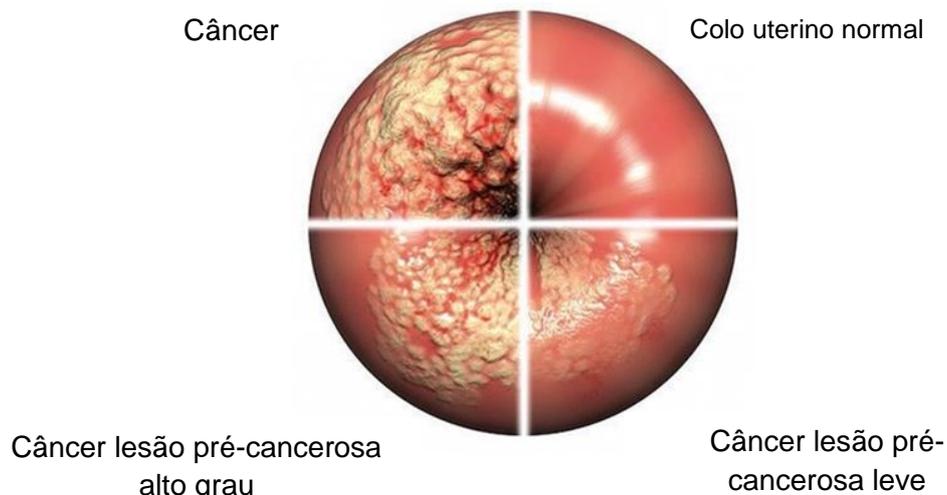


Figura 4 - Colo uterino normal e com alterações. Fonte:  
<http://enferedadtransex.blogpost.com>

- Fatores que aumentam o risco para o câncer do colo do útero.
  - ✓ Infecção pelo papilomavírus humano (HPV);
  - ✓ Tabagismo;
  - ✓ Início precoce da vida sexual;
  - ✓ Número elevado de parceiros sexuais e de gestações;

- ✓ Uso de pílula anticoncepcional e a imunossupressão (causada por infecções por HIV ou uso de imunossupressores);
- ✓ A idade.
- Como o HPV é transmitido?

A principal forma é pela via sexual, que inclui contato oral-genital, genital-genital ou mesmo manual genital.

Como se prevenir?

- ✓ Prevenção primária: O uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração e vacinação contra o HPV antes do início da vida sexual (meninas na faixa etária de 09 a 11 anos de idade).
- ✓ Prevenção secundária: O exame preventivo (de Papanicolau ou citopatológico), que pode detectar as lesões precursoras.
- Como se preparar para a realização do exame:
  - ✓ Lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais devem ser evitados por 48 horas antes da coleta.
  - ✓ A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta.
  - ✓ O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação.
- Recomendações (BRASIL, 2013a):
  - ✓ O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual.
  - ✓ O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual.
  - ✓ Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após esta idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.
  - ✓ Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a

três. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

▪ **Sexta página: Agendamento**

Trata-se de uma das mais importantes etapas: o registro dos exames anteriores e agendamento prévio dos subsequentes. Inicia-se com o seguinte texto: “Prevenção do câncer do colo uterino/citologia oncótica: Esses exames devem ser feitos a partir dos 25 anos de idade, com intervalos de um ano. A partir de dois exames normais, com um ano entre eles, só é necessário fazer o exame a cada três anos”. Em seguida, apresentou-se o quadro para agendamento com data, resultado e encaminhamento.

## **5.2 Validação do conteúdo da agenda para prevenção do CCU por meio da análise semântica e análise dos juízes**

Nesse momento, foi avaliado se os itens elaborados representavam um construto válido. Dessa forma, tornou-se necessário avaliar tal hipótese em relação à opinião de outros para nos assegurarmos de que ela apresentava garantias de validade. Assim, o instrumento passou por uma análise semântica, com as usuárias do serviço e uma de conteúdo realizada por juízes experts no assunto.

A análise semântica do material, com uma população de 9 mulheres distribuídas em três grupos diferentes de escolaridades caracterizados da seguinte forma: Grupo 1 (baixa escolaridade), grupo 2 (média escolaridade) e grupo 3 (alta escolaridade). As participantes da análise semântica foram usuárias dos serviços de uma ESF que posteriormente foram excluídas da pesquisa após validação do material.

Após convite realizado pelas ACS da referida ESF, compareceram ao local cinco mulheres do grupo 1, três do grupo 2 e apenas uma do grupo 3. Após explicar os objetivos do estudo e mediante a assinatura do TCLE pelas participantes, a reunião para análise semântica teve início no dia primeiro de agosto de 2016, às 8:30 horas, na unidade básica de saúde, na zona urbana da cidade de Picos-Pi. Toda conversa foi gravada e transcrita para assegurar a fidedignidade dos dados e foram registradas as apreciações e sugestões das mulheres.

As participantes se mostraram bem interessadas pelo material a elas apresentado bem como o assunto abordado no mesmo. Durante a análise foram

apreciados todos os itens e subitens da agenda, mediante exibição e explicação feitos pela pesquisadora. Em seguida, questionava-se se haviam dúvidas ou sugestões de mudanças para o material. A análise semântica seguiu todos os critérios metodológicos propostos por Pasquali (1999/2010) e transcorreu com a participação efetiva de todas as participantes, não havendo rejeição ou falta de entendimento em nenhum item apresentado, mesmo pelo grupo com menor grau de escolaridade.

O material foi elogiado quanto ao assunto abordado e à importância de lembrá-las sobre a periodicidade de realização do rastreamento do CCU, já que muitas delas assumiram não colocar como prioridade a realização do mesmo. Além disso, o *design* da agenda também recebeu elogios e as participantes já solicitavam a aquisição do material.

Diante do exposto, a análise semântica revelou um bom entendimento do material por parte das participantes. Em nenhum momento houve dúvidas ou sugestões de mudanças no corpo e conteúdo do construto. Dessa forma, analisou-se que não haveria mudança após a análise semântica. Assim, o instrumento seguiria para a análise dos juízes.

Após a análise semântica, o instrumento foi enviado para juízes *experts* no assunto para a validação. Após convite realizado aos juízes mediante prazo de devolução da resposta, a amostra foi composta por sete participantes. As características dos juízes que participaram desta etapa estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e de formação dos juízes da etapa de análise de conteúdo (n=8). Picos, PI, Brasil, 2017

<b>Característica</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Categoria profissional</b>				
Médico			3	37,5
Enfermeiro			5	62,5
<b>Idade</b>	35,6	6,5		
<b>Sexo</b>				
Masculino			1	12,5
Feminino			7	87,5
<b>Maior titulação</b>				
Mestre			1	12,5
Especialista			7	87,5
<b>Tempo de formação (em anos)</b>	9,7	3,8		
<b>Tempo de experiência com a temática (em anos)</b>	9,0	4,2		

Legenda: M: média; DP: desvio padrão

O profissional médico com especialidade se fez presente no estudo numa proporção de 37,5% dos juízes. Os enfermeiros, com experiência em prevenção de câncer de colo do útero, totalizaram 62,5%. Dentre esses 87,5% eram especialistas e apenas 12,5% possuíam mestrado na área, distribuídos da seguinte forma: três médicos ginecologistas que trabalham na ESF de Picos, quatro enfermeiros da atenção básica e que fazem prevenção de câncer de colo do útero em suas unidades e um enfermeiro docente, Mestre em saúde da mulher.

Com relação ao tempo de formados e experiência com a temática, possuíam entre 9 e 3 anos de formatura e de 9 a 4 anos de experiência na prevenção de câncer de colo do útero.

Após o prazo determinado, a pesquisadora retornou aos juízes para fazer o recolhimento do material. Alguns juízes responderam no prazo determinado, ao passo que outros ultrapassaram os dias previstos. Um segundo prazo foi estabelecido e, ao final, todos entregaram as análises contendo as características dos juízes, análise com pontuações e sugestões. Para a avaliação do conteúdo mediante análise dos especialistas, foram verificados os níveis de resposta (Tabela 2) e calculado o Índice de Validade de Conteúdo, apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Resposta dos juízes da etapa de análise de conteúdo (n=8). Picos, PI, Brasil, 2017

Dimensão	Nível de resposta							
	Pertinência prática				Relevância teórica			
	Muito		Bastante		Muito		Bastante	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	2	25,0	6	75,0	2	25,0	6	75,0
2	2	25,0	6	75,0	2	25,0	6	75,0
3	-	-	8	100,0	1	12,5	7	87,5
4	2	25,0	6	75,0	2	25,0	6	75,0
5	1	12,5	7	87,5	1	12,5	7	87,5

75% dos juízes julgaram os itens dados da mulher, histórico de saúde e Informações/orientações sobre o CCU e sua prevenção com bastante pertinência prática e relevância teórica. A dimensão história clínica/ginecológica obteve 100% de aprovação no julgamento como bastante pertinência prática e 87,5% com bastante relevância teórica. O agendamento foi considerado bastante pertinente e bastante relevante por 87,5% dos entrevistados.

Os juízes deram sugestões para uma melhor apresentação e organização do material. Foram elas:

- Inserir figura na contra capa para deixá-la mais colorida;
- Modificar o texto do cabeçalho da primeira página de: “O câncer do colo do útero pode ser evitado! Você, mulher, não pode esperar os sintomas para se prevenir ou tratar, como acontece na maioria das vezes. As possibilidades de cura são de 100%, se a mulher fizer o preventivo periodicamente. Busque o resultado, e se necessário, faça o tratamento adequado” para “O câncer do colo do útero pode ser evitado! Você, mulher, não pode esperar os sintomas para se prevenir ou tratar, como acontece na maioria das vezes. A cura é possível em 100% dos casos, se a mulher fizer o preventivo periodicamente. Busque o resultado e, se necessário, faça o tratamento adequado”.
- Aumentar espaço para o nome da mãe no item de identificação, na primeira página;
- Adicionar o número de parceiros sexuais na história clínica/ginecológica;
- Um juiz referiu que a agenda estava um pouco extensa, porém não especificou o item.

Diante das sugestões, Não foi acatada a sugestão da inserção do número de parceiros sexuais, por se tratar de um dado muito íntimo, embora importante. Tendo-se em vista que tal informação pode ser dada diretamente ao profissional durante a consulta.

Após a análise dos dados da avaliação e acatada as sugestões realizadas, a agenda foi finalizada e considerada válida para a realização da intervenção. As modificações entre as versões pré e pós-validação estão apresentadas nos apêndices J e K.

Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo da avaliação dos juízes (n=8) da análise de conteúdo. Teresina, PI, Brasil, 2017

Dimensão	IVC	
	Pertinência prática	Relevância teórica
1	1,0	1,0
2	1,0	1,0
3	1,0	1,0
4	1,0	1,0
5	1,0	1,0

Legenda: IVC: índice de validade de conteúdo

Tanto a pertinência prática como a relevância teórica obtiveram um IVC de 1,0. Assim, após a análise dos dados da avaliação e acatada as sugestões realizadas, a agenda foi finalizada e considerada válida para a realização da intervenção.

### 5.3 Aplicação da agenda, com conteúdo válido, para promoção da prevenção do câncer do colo do útero nas participantes do estudo

A partir dos dados obtidos da aplicação da agenda, as mulheres com idade de 25 a 64 anos que não realizavam rastreamento foram caracterizadas quanto aos aspectos socioeconômicos (tabela 4) e ginecológicos (tabela 5).

Tabela 4 - Características socioeconômicas das mulheres de 25 a 64 anos que não realizavam rastreamento do câncer do colo do útero (n=246). Picos, PI, Brasil, 2017

Característica	M	DP	N	%
<b>Idade</b>	<b>46,2</b>	<b>11,6</b>		
Até 48 anos			128	52,0
48 anos ou mais			118	48,0
<b>Estado civil</b>				
Casada/União estável			173	70,3
Solteira			32	13,0
Separada/Divorciada			24	9,8
Viúva			17	6,9
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeta			32	13,0
Ensino fundamental incompleto			120	48,8
Ensino fundamental completo			20	8,1
Ensino médio incompleto			17	6,9

Continua.

Tabela 4 - Características socioeconômicas das mulheres de 25 a 64 anos que não realizavam rastreamento do câncer do colo do útero (n=246). Picos, PI, Brasil, 2017

<b>Característica</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ensino médio completo			43	17,5
Ensino superior incompleto			4	1,6
Ensino superior completo			10	4,1
<b>Moradia</b>				
Zona urbana			153	62,2
Zona rural			93	37,8
<b>Cor/raça</b>				
Branca			46	18,7
Parda			168	68,3
Preta			31	12,6
Amarela			1	0,4
<b>Ocupação</b>				
Trabalha em casa			196	79,7
Trabalha fora de casa			50	20,3
<b>Jornada de trabalho (horas)*</b>	<b>6,7</b>	<b>2,1</b>		
<b>Renda individual mensal*</b>	<b>0,7</b>	<b>0,5</b>		
Até 1 SM			234	95,1
Acima de 1 SM			12	4,9
<b>Bolsa família</b>				
Sim			100	40,7
Não			146	59,3
<b>Com quem mora</b>				
Sozinha			9	3,7
Familiares			237	96,3
<b>Total</b>			<b>246</b>	<b>100,0</b>

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; \*: n=50; SM: salário mínimo (01/1/2016; R\$ 880,00)

Conclusão.

As participantes do estudo tiveram média de idade de 46,2 ( $\pm 11,6$ ) anos, com mínima de 25,2 e máxima de 64,9 anos, sendo que 48,0% apresentaram 48 anos ou mais. A maioria era casada ou em união estável, de cor parda, com escolaridade até o ensino fundamental incompleto e trabalhavam em casa. As mulheres que trabalhavam fora de casa informaram possuir uma jornada de trabalho de, em média, 6,7 ( $\pm 2,1$ ) horas, com mínima de 2 e máxima de 12 horas.

A renda individual mensal informada foi, em média, de 0,7 ( $\pm 0,5$ ) salários mínimos, variando de 0,04 a 3,4, sendo que 95,1% possuíam renda de até um salário mínimo, 40,7% recebiam benefícios governamentais (bolsa família) e 4,4% moravam sozinhas. Dentre as que moram com familiares, destacaram-se filhos, companheiro e parentes (tabela 4).

Tabela 5 - Características ginecológicas das mulheres de 25 a 64 anos que não realizavam rastreamento do câncer do colo do útero (n=246). Picos, PI, Brasil, 2017.

<b>Característica</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade do início da atividade sexual</b>	<b>18,9</b>	<b>4,9</b>		
Menos de 18 anos			142	57,7
18 anos ou mais			104	42,3
<b>Número de parceiros sexuais</b>	<b>1,0</b>	<b>1,9</b>		
<b>Filhos</b>				
Sim			224	91,1
Não			22	8,9
<b>Número de filhos*</b>	<b>3,0</b>	<b>2,1</b>		
<b>Usa preservativo em todas as relações sexuais</b>				
Sim			18	7,3
Não			228	92,7
<b>Usa algum tipo de anticoncepcional</b>				
Sim			29	11,8
Não			131	53,3
Não se aplica			86	35,0
<b>Teve alguma DST</b>				
Sim			8	3,3
Não			236	95,9
Não soube informar			2	0,8
<b>Total</b>			<b>246</b>	<b>100,0</b>

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; DST: doença sexualmente transmissível; \*: n=224

A idade do início da atividade sexual teve média de 18,9 ( $\pm 4,9$ ) anos, com mínima de 12 e máxima de 42 anos. O número médio de parceiros sexuais durante a vida ativa foi 1,0 ( $\pm 1,9$ ), com máximo de 30. Foram 91,1% as que possuíam filhos, com uma média de 3,0 ( $\pm 2,1$ ) e máximo de 16 filhos. A maioria informou não usar preservativo em todas as relações sexuais, somente 11,8% utilizavam algum tipo de anticoncepcional e 3,3% tiveram alguma doença sexualmente transmissível (tabela 5).

#### 5.4 Verificação da realização do exame citopatológico e o conhecimento das mulheres antes e após a intervenção

A maior parte das mulheres participantes do estudo realizaram o exame de prevenção do câncer de colo do útero previamente, com um intervalo médio de 6,9 ( $\pm 4,9$ ) anos, com no mínimo 4 e máximo 30 anos. Dentre estas, a maioria foi realizada em estabelecimentos públicos 81,3%. As mulheres, em sua totalidade relataram dificuldades para realização do exame 100,0%, apresentadas no gráfico 1.

A seguir estão distribuídas as dificuldades relatadas pelas mulheres que dificultam à procura para a realização do exame Papanicolau. Enfatizando que foi dada às participantes do estudo a possibilidade de pontuar mais de uma dificuldade.

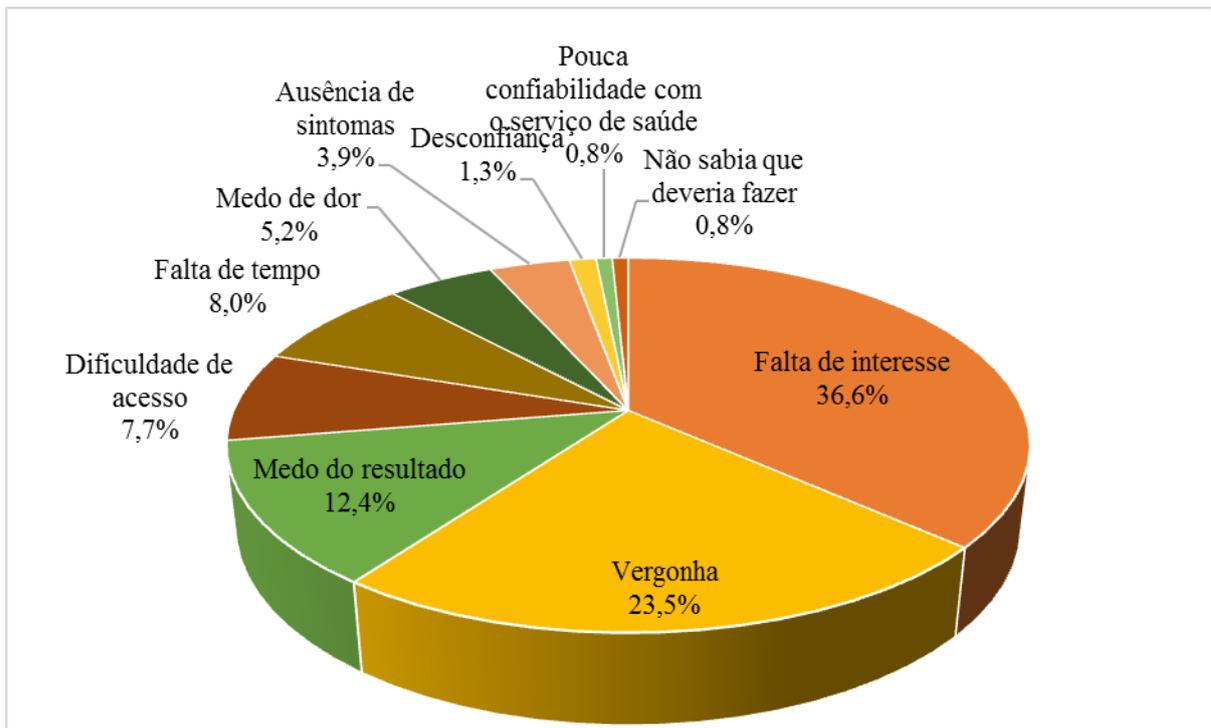


Gráfico 1 - Distribuição de frequências das dificuldades apresentadas pelas mulheres de 25 a 64 anos que não realizavam rastreamento do câncer do colo do útero (n=246). Picos, PI, Brasil, 2017

Foram investigadas as dificuldades autorreferidas pelas mulheres para realização do exame. Destacaram-se falta de interesse (36,6%), vergonha (23,5%), medo do resultado (12,4%), falta de tempo (38,0%), dificuldade de acesso (7,7%) e 0,8% das mulheres relataram não saber que deveriam realizar o exame (gráfico 1).

Foram verificadas as frequências de mulheres que realizaram o exame após a intervenção educativa, dentre as que haviam ou que nunca haviam realizado o exame Papanicolau (gráfico 2). As alterações identificadas estão apresentadas no gráfico 3.

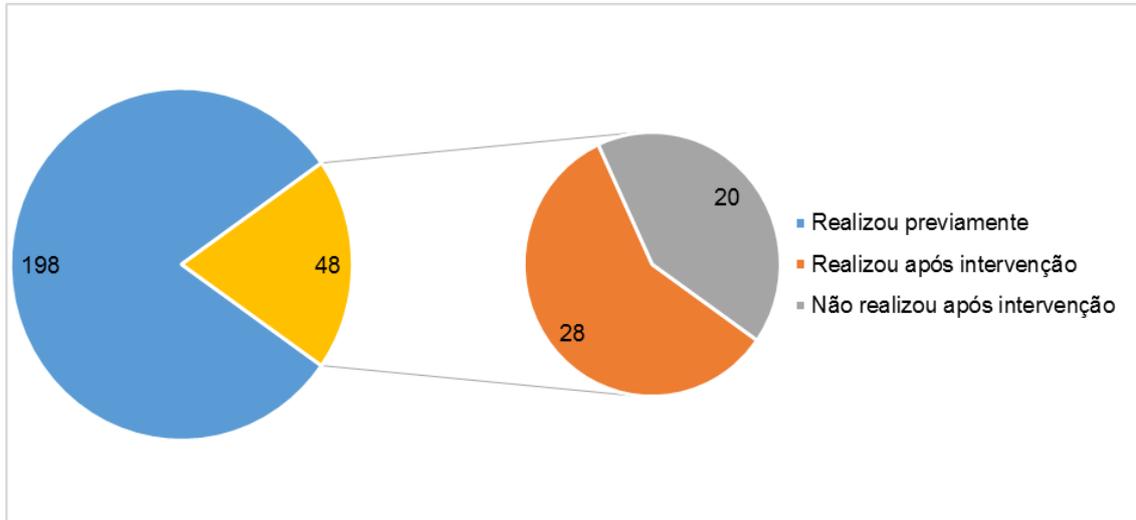


Gráfico 2 - Frequências de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram rastreamento do câncer do colo do útero após intervenção (n=187). Picos, PI, Brasil, 2017

Antes da intervenção educativa, 80,5% mulheres haviam realizado o exame Papanicolau previamente; destas, 64,63% realizaram novamente após a intervenção. Dentre as que nunca haviam realizado o exame 19,5%, apenas 11,4% realizaram após a intervenção educativa e 8,1% não compareceram à unidade de saúde (gráfico 2).

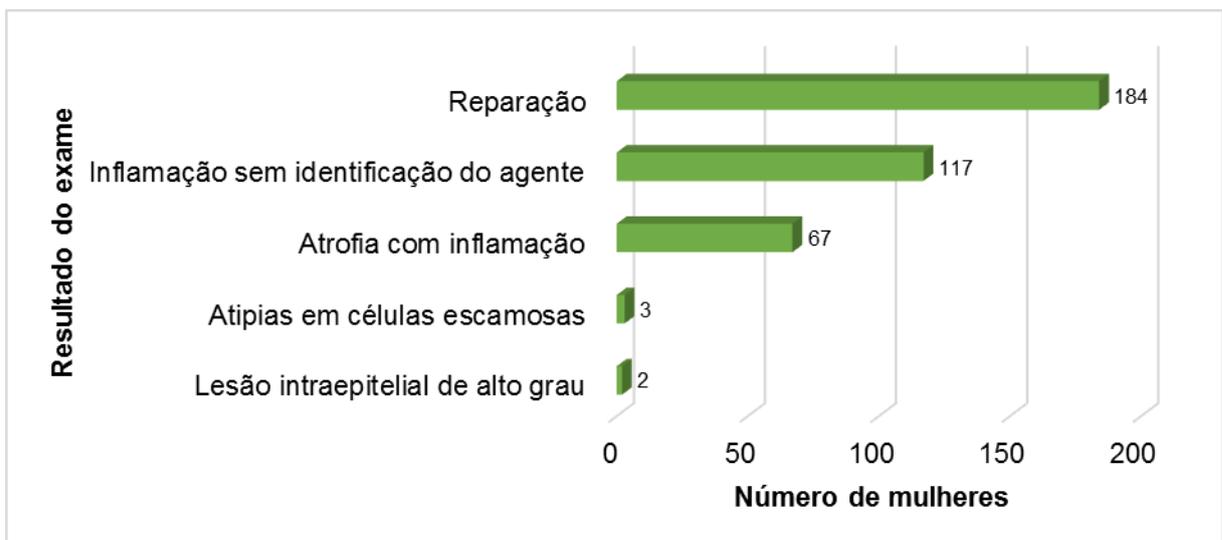


Gráfico 3 - Alterações identificadas por meio do exame do Papanicolau das mulheres de 25 a 64 anos que realizaram rastreamento do câncer do colo do útero após intervenção (n=187). Picos, PI, Brasil, 2017

Das mulheres que participaram do estudo, foram 76,0% as que realizaram o exame Papanicolau após a intervenção. Dentre estas, 52,9% apresentaram colo normal, 47,1% apresentaram colo alterado, a partir da observação clínica. Em 98,4% foi verificada reparação, 62,6% apresentaram inflamação sem identificação do agente e 35,8% atrofia com inflamação.

Foram identificados, ainda, atipias em células escamosas em 2,1%, distribuídas em provavelmente não neoplásica 0,5% e indicativas de que não se pode afastar lesão em alto grau 0,8%. Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasões ou carcinoma epidermoide invasor foi identificada em 1,1% das mulheres (gráfico 3).

Os resultados da microbiologia foram positivos para as 76,0% mulheres. Os microrganismos envolvidos estão detalhados no gráfico 4.

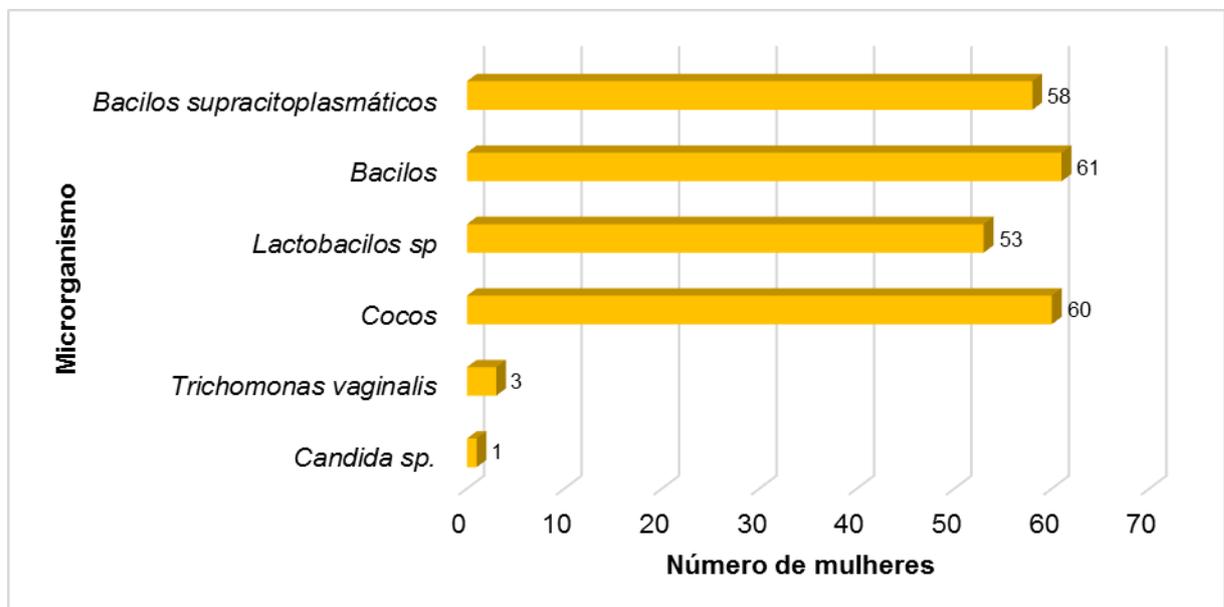


Gráfico 4 - Resultados da microbiologia das mulheres de 25 a 64 anos que realizaram rastreamento do câncer do colo do útero após intervenção (n=187). Picos, PI, Brasil, 2017

Os resultados das microbiologias indicaram Bacilos em 32,6%, Cocos em 32,1%, Bacilos supracitoplasmáticos sugestivos de *Gardnerella* ou *Mobiluncus* estiveram presentes em 31,0%, *Lactobacilos sp.* 53 (28,3%), *Trichomonas vaginalis* 1,6%, *Candida sp* 0,5% (gráfico 4).

Foram verificados os conhecimentos das mulheres quanto à finalidade e frequência de realização do exame Papanicolau antes e após a intervenção educativa, utilizando-se a agenda com conteúdo validado (tabela 6).

Tabela 6 - Conhecimentos das mulheres (n=246) quanto à finalidade e frequência de realização do exame Papanicolau antes e após a intervenção educativa. Picos, PI, Brasil, 2017

Variável	Momento			
	Antes		Após	
	N	%	N	%
<b>Finalidade do exame</b>				
Prevenir doenças	31	12,6	1	0,4
Prevenir CCU	136	55,3	245	99,6
Tratar DST	1	0,4	-	-
Procurar doenças	4	1,6	-	-
Descobrir doenças	13	5,3	-	-
Saber como está o útero	5	2,0	-	-
Pra saber se está bem de saúde	5	2,0	-	-
Não soube informar	51	20,7	-	-
<b>Frequência de realização do exame</b>				
Semestralmente	46	18,7	-	-
Anualmente	152	61,8	176	71,5
Quando apresenta algum sintoma	1	0,4	-	-
De 3 em 3 anos, caso dois resultados consecutivos negativos para câncer	3	1,2	70	28,5
Não soube informar	44	17,9	-	-
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>

Legenda: CCU: câncer do colo do útero; DST: doenças sexualmente transmissíveis

Antes da intervenção educativa, 55,3% das mulheres referiram à prevenção do câncer de colo do útero, 12,6% a prevenção de doenças e 5,3% indicaram a descoberta de doenças como finalidade do exame Papanicolau; 20,7% não souberam informar a finalidade do exame. Após a intervenção, o número de mulheres que referiram à prevenção do colo do útero aumentou em 44,3% mulheres.

No que se refere à frequência de realização do exame, as principais respostas foram anualmente (61,8%) e semestralmente (18,7%), antes da intervenção. Após a intervenção, o número de mulheres que informaram a frequência anual aumentou em 9,7%; foram 28,5% as que responderam de 3 em 3 anos, caso dois resultados consecutivos negativos para câncer (tabela 6).

### 5.5 Relações entre as características das mulheres e a realização do exame citopatológico

Foram verificadas associações entre as características das mulheres e a realização do exame Papanicolau (tabela 7), observação clínica do colo do útero e resultados da microbiologia das mulheres que realizaram o exame após a intervenção educativa (tabela 8).

Tabela 7 - Associações entre as características das mulheres e a realização do exame Papanicolau após a intervenção educativa (n=246). Picos, PI, Brasil, 2017

Variável	Realização do exame após intervenção						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Idade</b>							0,113 <sup>a</sup>
Até 48 anos	92	37,4	36	14,6	128	52,0	
48 anos ou mais	95	38,6	23	9,3	118	48,0	
<b>Estado civil</b>							<0,001 <sup>a</sup>
Com companheiro	142	57,7	31	12,6	173	70,3	
Sem companheiro	45	18,3	28	11,4	73	29,7	
<b>Escolaridade</b>							0,655 <sup>a</sup>
Até EFI	117	47,6	35	14,2	152	61,8	
EFC ou superior	70	28,5	24	9,8	94	38,2	
<b>Ocupação</b>							0,998 <sup>a</sup>
Trabalha em casa	149	60,6	47	19,1	196	79,7	
Trabalha fora de casa	38	15,4	12	4,9	50	20,3	
<b>Moradia</b>							<0,001 <sup>a</sup>
Zona rural	83	33,7	10	4,1	93	37,8	
Zona urbana	104	42,3	49	19,9	153	62,2	
<b>Renda individual mensal*</b>							0,195 <sup>b</sup>
Até 1 SM	140	74,1	37	19,6	177	93,7	
Acima de 1 SM	8	4,2	4	2,1	12	6,3	
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>76,0</b>	<b>59</b>	<b>24,0</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>	

Legenda: \*: n=189; EFI: ensino fundamental incompleto; EFC: ensino fundamental completo; SM: salário mínimo (01/1/2016; R\$ 880,00); a: significância do Teste Qui-Quadrado de Pearson; b: significância do Teste Exato de Fisher

Foram verificadas associações estatisticamente significativas entre estado civil ( $p < 0,001$ ) e moradia ( $p < 0,001$ ) das mulheres e a realização do exame Papanicolau após intervenção (tabela 7). As mulheres com companheiro apresentaram uma prevalência 33,2% (IC95%=1,09-1,62) maior de realização do exame, com frequência de 57,7% dentre as 70,3% com companheiro, em comparação a 18,3% dentre as 29,7% sem companheiro.

As mulheres com moradia em zona rural apresentaram uma prevalência 31,3% (IC95%=1,15-1,49) maior de realização do exame após intervenção educativa quando comparadas às com moradia em zona urbana. As da zona rural representaram 33,7% dentre 37,8%, comparativamente a 42,3% dentre as 62,2%.

## 6 DISCUSSÃO

A construção da tecnologia leve-dura em forma de agenda para auxiliar na promoção da PCCU, culminou em um material didático, informativo e com linguagem acessível, voltado a auxiliar às mulheres na rotina de realização do exame, bem como aos profissionais em sua rotina de trabalho na assistência a essas mulheres.

Intervenção semelhante foi relatada no estudo de Guvenc, Akyuz e Yenen (2013) na Turquia, onde foi elaborada uma tecnologia leve-dura, como folheto educativo, para ser utilizada em intervenção educativa objetivando aumentar a participação das mulheres na realização do Papanicolaou. O conteúdo do material produzido continha informações para aumentar o conhecimento sobre o CCU e conscientizar sobre a importância do exame de rastreio, além das recomendações para a periodicidade do exame, bem como um convite para realização do mesmo. Tal estudo também demonstrou efetividade no aumento da adesão à triagem cervical com o Papanicolaou.

Autores ressaltam que o aumento do conhecimento sobre a doença, fornecido pelos materiais produzidos e aplicados, melhora a adesão ao exame, o que reforça a ideia de que a utilização de tecnologias em intervenções de educação em saúde são ferramentas importantes na captação dessas mulheres (GUVENC; AKYUZ; YENEN, 2013).

Para garantir a fidedignidade da elaboração do material, é necessário dispor de um referencial confiável e, por esse motivo, as principais fontes de informação foram os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA, além disso, serviu como base para o instrumento a agenda da mulher, publicada pelo Ministério da Saúde, em 2006. Estas publicações foram escolhidas por serem os materiais que mais se aproximam da realidade do público-alvo, além de serem de fácil acesso aos profissionais da atenção básica que tenham interesse em conhecer as recomendações do Ministério da Saúde sendo, portanto, considerados excelentes referenciais para a construção da agenda. Ademais, o construto passou por uma análise semântica e de conteúdo, para tornar-se válido.

Castro e Lima Júnior (2014) enfatiza que para a elaboração de materiais educativos, faz-se necessária a seleção de informações realmente importantes para constar no instrumento informativo, definições claras dos objetivos a serem

alcançados pela população em questão, além de ser atrativo, acessível e claro, significativo, aderente à realidade do leitor e apresentar vocabulário coerente com a mensagem e com o público-alvo. Devendo, não somente transmitir informações, mas também estimular a reflexão e fomentar as práticas para o processo do cuidar.

Ademais, essa tecnologia é considerada uma ferramenta para qualificar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos indivíduos, contribuindo para a promoção da saúde. Porém, esses materiais nem sempre são submetidos a um processo de validação, na maioria das vezes, porque muitos profissionais de saúde desconhecem esse procedimento e materiais não validados são distribuídos diretamente para a população (TEIXEIRA et al., 2016). Dessa forma, para que se faça o uso responsável dessas tecnologias para atingir os objetivos propostos, é necessária a utilização de materiais que contenham informações válidas, com garantia de confiabilidade e fidedignidade.

Moreira, Nóbrega e Silva (2003) destacam que a fase de elaboração deve ser seguida de validação da versão preliminar com o público-alvo para o qual a mensagem é destinada. Esse procedimento assegura o conhecimento da qualidade do material quanto à compreensão, aceitação da mensagem, adequação cultural, ao estilo, à apresentação, eficácia, apontando para possíveis necessidades de reajustes e modificações. Corroborando com essa afirmação, Reberte, Hoga e Gomes (2012) relatam que o atendimento às expectativas das participantes, as quais podem ter conhecimentos e interesses diferentes em relação a quem elabora o material educativo, é considerado fundamental no processo de construção do recurso educativo.

O estudo realizado por Sousa e Turrine (2012), para validação de tecnologia de um construto educativo também teve o grupo de juízes composto por profissionais de saúde com atuação direta na área da temática estudada. Corroborando com estudo de Castro e Lima Júnior (2014), que abrangeu o desenvolvimento e validação de cartilhas para pacientes vítimas de queimaduras, submetido à validação por profissionais diretamente ligados à área. Assim, a formação dos juízes na área específica, bem como o tempo de experiência com a temática foram fatores importantes para uma boa avaliação do material.

A avaliação dos juízes quanto aos itens relacionados aos dados da mulher e histórico de saúde foram julgados pela maioria bastante pertinentes na prática e na relevância teórica, bem como a dimensão história clínica/ginecológica que obteve

unanimidade como bastante pertinência prática e com bastante relevância teórica, demonstrando a importância que os profissionais que prestam assistência direta à mulher encontraram nesses itens, uma vez que fornecem dados pertinentes para uma boa avaliação e *anamnese*, contribuindo para uma assistência mais holística, além disso, esses dados irão contribuir para a integralidade da assistência, uma vez que estarão resguardados em todas as consultas, registrados na agenda, onde a mulher levará, para todos os níveis de assistência a sua saúde.

O estudo de Druszcz, Botogoski e Pires (2014) reforça essa afirmação quando refere que a qualidade da anamnese e do exame físico ginecológico interfere diretamente no diagnóstico e na forma de tratamento, principalmente para o profissional da atenção primária à saúde, que não deve esquecer que a abordagem deve ser holística, sendo realizada como um instrumento para conhecer e entender a mulher como um ser biopsicossocial.

O item que comporta o agendamento e retorno dos exames foi julgado com bastante pertinência prática e teórica pelos juízes, possivelmente, devido à necessidade que muitos profissionais possuem de obter um maior controle sobre a rotina de rastreamento das usuárias. Isso, porque os programas de rastreamento vigentes não possuem qualquer controle sobre as usuárias que realizaram rastreamento e a frequência em que realizaram. Por isso, a utilização de uma agenda com agendamento dos retornos para o exame, assim como é realizado o aprazamento de vacinas, disponibilizará um maior controle sobre a frequência de realização do exame e faltosas, especialmente com a ajuda dos ACS, que realizarão a busca de campo.

Estudos demonstram que países sem demandas organizadas, ou seja, rastreamento de Papanicolau apenas oportunístico, como é o caso do Brasil, não têm reduzido eficazmente a morbimortalidade por CCU. Isto foi observado no estudo realizado por Arrosi, Paolino e Sankaranarayanan (2010), que demonstra que a triagem na Argentina é principalmente oportunística, caracterizada pela coexistência de excessos de mulheres super-rastreadas em detrimento de mulheres sem nenhum rastreamento ou com exames atrasados, o que evidenciou pouca redução na morbimortalidade por CCU nos últimos 20 anos. Em contra partida, um exemplo de estratégia positiva foi citada por Quinn et al. (1999) com o uso de carta-convite, utilizada pelo Reino Unido, que aumentou a cobertura do exame de 42 para 85% em seis anos. Dessa forma, o rastreamento deixou de ser oportunístico e passou a ser

organizado, de acordo com a periodicidade recomendada para as mulheres em falta com o exame.

Corroborando com esse estudo, Williams, Carter e Rychetnik (2014) afirmam que os programas de rastreio organizados são mais eficazes do que aqueles não organizados ou oportunistas, em que este se caracteriza por um excesso de rastreio de uma minoria, enquanto as mulheres de maior risco tendem a fazer o rastreio raramente ou não realiza-lo.

Programas de rastreamento organizados, como os dos Estados Unidos da América e Finlândia, reduziram significativamente a mortalidade pelo CCU, com uma cobertura de 80% de rastreamento com Papanicolau e tratamento oportuno (MARTELLI et al., 2014).

Em Taiwan, a prevenção do câncer cervical é promovida pelos centros de saúde. A principal estratégia desses centros para encorajar a captação de rastreamento é através de telefonemas e lembretes postais (LEE et al., 2013).

Um estudo realizado no México por Lazcano e Allen (2009), salienta o fato de que há necessidade de melhoria de programas na América Latina com sistemas de apoio à saúde e implementação de diretrizes por profissionais de saúde, incluindo, dentre outras, ações de educação contínua e lembretes para usuários de serviços de saúde.

Quanto aos aspectos socioeconômicos, a maioria das mulheres encontrava-se em uma faixa etária de risco maior para o CCU e foi constatado que é grande o número dessas mulheres que não realizam os exames rotineiramente. Segundo Casarin e Piccoli (2011) a evolução do CCU é, na maioria dos casos, lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, o pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 aos 49 anos de idade e, apenas, uma pequena porcentagem naquelas com menos de 30 anos.

Assim, a realização do rastreamento nessa faixa etária torna-se imprescindível para a redução da morbimortalidade da doença. Esses achados são semelhantes às informações da literatura referenciadas por Soares et al. (2010), de que o agravo se faz presente com alta taxa de mortalidade nas mais variadas faixas etárias, com o pico de incidência do carcinoma *in situ* entre 25 e 40 anos e do carcinoma invasor entre 48 e 55 anos.

O estado civil relatado pela maioria das participantes do estudo como casada ou possuir união estável, talvez explique a acomodação dessas mulheres em

procurar o exame de rastreio do CCU, por pensarem, muitas vezes, que o risco de adquirir HPV com o companheiro é pequeno. Segundo Rico e Iriart (2013), a influência dos parceiros ocupa um lugar de destaque na literatura sobre rastreamento de câncer do colo uterino, podendo dificultar ou propiciar a realização do exame pelas mulheres. Ademais, afirmam que as mulheres com parceiro fixo e as que praticam uma religião que valoriza a fidelidade conjugal consideram que não vivem de forma "arriscada".

O baixo índice de escolaridade das entrevistadas demonstra que uma grande parte das mulheres chegou apenas ao ensino fundamental incompleto. Estudos demonstram que a baixa escolaridade pode estar associada a pouca atitude em relação às práticas de cuidado com a saúde. Cooper (2010) cita que a captação para o exame de prevenção de câncer de colo do útero é maior entre as mulheres mais instruídas. A influência da escolaridade, apontada como um dos fatores de risco para o desenvolvimento do agravo, também foi citada por Everett et al. (2011) e Williams-Brennam et al. (2012).

A grande maioria das entrevistadas exerce somente o trabalho doméstico, no próprio domicílio. Soares et al. (2010) referem que mulheres que não desenvolvem atividades profissionais fora de casa, muitas vezes, têm um ambiente mais restrito de relações, o que pode constituir um fator dificultador na geração de estratégias para lidar com as dificuldades advindas do CCU, bem como não serem estimuladas à adesão ao rastreio.

Além disso, essas mulheres possuem a flexibilidade de horários e podem organizar seus afazeres, no sentido de planejar melhor suas práticas de saúde e, dessa forma, disponibilizar algum tempo para a realização dos exames, contudo, não o fazem. Tal flexibilidade se torna mais difícil naquelas que trabalham fora de casa e devem cumprir horários rígidos que, por muitas vezes, não estão em consonância com os horários dos serviços de saúde.

O baixo poder econômico também foi evidente nas participantes do estudo o que demonstra uma possível relação com a baixa adesão ao exame. Tal relação é relatada por Cooper (2010) onde cita a relação entre a captação para o exame e a situação socioeconômica, sendo a realização do rastreamento maior entre mulheres que estão em grupos socioeconômicos mais elevados.

Ademais, a maioria dessas mulheres reside com familiares, os quais estão compreendidos desde companheiros e filhos a outros familiares. Tal fato implica na

mulher cuidadora do lar, que “deve” cuidar daqueles que nele residem. Portanto, exigindo da mesma uma grande demanda de tempo e responsabilidade com os vários membros da família e isso, talvez, reflita na não prioridade com suas práticas de saúde. Um estudo realizado por Lee et al. (2013) demonstrou que a maioria das participantes tinham filhos pequenos e, geralmente, ficavam em casa cuidando de suas famílias ou trabalhavam para ajudar a fornecer renda familiar e não tinham tempo para realizar o exame.

Quanto ao perfil ginecológico das participantes do estudo, no que diz respeito ao início da vida sexual, a maioria iniciou antes do 20 anos. Segundo Demirtas (2013), o início da atividade sexual antes dos 20 anos está entre os fatores de risco para o CCU. No contexto brasileiro, a idade média da primeira relação sexual é de 14 anos para o sexo masculino e 15 para o feminino (HUGO et al., 2011), tal fato se torna preocupante uma vez que a contaminação pelo HPV se dá por via sexual, e, na maioria das vezes, essa prática é realizada de forma desprotegida, como sinaliza os resultados do presente estudo, onde apenas 8,3% das mulheres entrevistadas referem usar preservativo em todas as relações. Esse fato talvez ocorra pela falta de conhecimento adequado sobre os fatores de risco para o CCU e a transmissão do HPV, uma vez que, mesmo exercendo atividades de risco, as mulheres não se preocupam com a realização do exame de rastreio (LEE et al., 2013).

Um estudo entre mulheres com idade entre 18 e 65 anos, em Hong Kong, revelou que a falta de conhecimento dos fatores de risco de câncer cervical tiveram influência nas taxas de adesão ao Papanicolaou (LEUNG; LEUNG, 2010). Shea, Klainin-Yobas e Mackey (2013) afirmam que o conhecimento inadequado sobre o CCU e do exame de rastreamento foi um importante obstáculo à captação do exame. Dessa forma, torna-se de suma importância deixar claro para essas mulheres os riscos que implicam essas práticas na incidência do CCU.

Com relação ao número de parceiros sexuais e a ocorrência de alguma DST, os resultados apresentados podem ter sofrido distorções pelo constrangimento das participantes em responder as questões.

Mesmo que a maioria das participantes do estudo já tenha realizado o citopatológico do colo do útero previamente, a demora na realização do rastreamento não corresponde às recomendações das diretrizes brasileiras para a periodicidade do exame, o que demonstra um grande desconhecimento e, conseqüente, descumprimento da realização do mesmo, na periodicidade

recomendada. Além disso, mesmo sendo menor o número de mulheres que nunca haviam realizado pelo menos um exame de PCCU, esse dado é relevante, uma vez que reflete a inexistência de um programa organizado que tenha controle sobre mulheres prioritárias ao rastreio e que nunca o fizeram. Tal fato incide diretamente no aumento da morbimortalidade por essa doença (BRASIL, 2016b).

Na tentativa de compreender os fatores que influenciam a não adesão de mulheres ao exame citopatológico do colo do útero, estudos constataram alguns aspectos relacionados à essa recusa. Foram identificados fatores tais como falta de informação, falta de hábito em buscar um serviço ginecológico, dificuldade de acesso às unidades municipais de saúde, proibição por parte do marido e outros fatores, como o receio de sentir dor, medo, vergonha ou constrangimento (ANDRADE et al., 2013).

Quando questionadas sobre as dificuldades encontradas que contribuem para a não realização do exame, todas as mulheres foram unânimes em pontuá-las, sendo que a maioria não o realiza por falta de interesse e isso ocorre, possivelmente, por falta do conhecimento necessário sobre a doença. Guvenc, Akyuz e Yenen (2013) apontam que as mulheres não têm informações adequadas sobre o câncer do colo do útero e o rastreio pelo Papanicolau o que sinaliza um fator dificultoso para a adesão ao exame.

Ademais, foram fortemente relatadas vergonha, medo do resultado e falta de tempo. Lee et al. (2013), em seu estudo, evidenciou diversas barreiras enfrentadas pelas mulheres para a realização do exame, dentre elas, algumas de razões pessoais que coincidem com os resultados do presente estudo, tais como vergonha, medo do resultado e falta de tempo. Corroborando com Guvenc, Akyuz e Yenen (2013) que, em seu estudo, identificaram como as maiores dificuldades citadas a falta de tempo e vergonha. Williams-Brennan et al. (2012) apresenta uma lista de fatores relevantes que incluem: crenças culturais, vergonha/estigma, educação renda, raça, gênero, fatores geográficos, paridade, estado civil, dentre outros.

Para a maioria das mulheres, a triagem cervical causa alguma ansiedade, mas não o suficiente para fazê-las desistirem do exame. Diante disso, a atitude do profissional que coleta o exame é crucial para adquirir a confiança da mulher e que sentimentos normais de ansiedade leve, geralmente, podem ser superados com uma boa comunicação e fornecimento de Informação, como por exemplo, descrever

cuidadosamente, explicar e mostrar o equipamento a ser utilizado e permitir tempo suficiente para perguntas (COOPER, 2011).

As atitudes negativas que, algumas, mulheres exibem frente ao rastreamento cervical podem ser resolvidas ao melhorar a compreensão acerca do exame. É importante enfatizar que o teste é para anormalidades pré-cancerosas que, se tratadas com sucesso, podem resultar em uma alta taxa de cura. Assim, uma assistência pautada no esclarecimento e diálogo, levando-se em consideração as crenças, cultura e necessidades das usuárias, bem como o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o serviço, profissional e usuária, pode facilitar a superação dessas barreiras para a realização do exame (COOPER, 2011).

Em relação ao conhecimento das mulheres quanto à finalidade do exame antes da intervenção educativa, apesar da maioria saber sua finalidade, mesmo assim, não o colocava em prática. Um estudo realizado por Shea, Klainin-Yobas e Mackey (2013), ratifica esse resultado ao evidenciar um alto conhecimento sobre o CCU e o exame Papanicolau, no qual 80% das mulheres foram capazes de identificar corretamente a finalidade do exame.

Em se tratando da frequência de realização do Papanicolaou, revelou-se um desconhecimento sobre as diretrizes brasileiras quanto à periodicidade que deve ser realizado o exame o que pode acarretar o não conhecimento da frequência. Shea, Klainin-Yobas e Mackey (2013) obtiveram resultado semelhante, uma vez que apenas 1/3 das mulheres pesquisadas tinha o conhecimento exato sobre a frequência com a qual o exame deve ser realizado.

Mesmo após a intervenção educativa não foi expressivo o número de mulheres que responderam corretamente sobre a frequência de realização do exame. Esse fato pode estar relacionado a vários fatores, dentre eles, a baixa escolaridade da maioria das entrevistadas, a forma com que a informação foi repassada e recebida, com conceitos pré-estabelecidos pelo senso comum. Dessa forma, é notória a necessidade de se trabalhar mais essas informações com as usuárias.

Shea, Klainin-Yobas e Mackey (2013) afirmam que todos os profissionais de saúde que trabalham com mulheres devem estar preparados para educar e aconselhar as usuárias em relação ao Papanicolau, segundo as diretrizes atuais. Enfatiza, também, a importância de enfermeiros e demais profissionais da saúde

desenvolverem intervenções dirigidas às mulheres quanto ao momento do Papanicolau e os fatores de risco do CCU.

Tais resultados demonstram a grande necessidade de uma assistência voltada à educação em saúde, a fim de divulgar melhor as diretrizes de rastreamento, em especial, relacionadas à periodicidade dos exames, com a finalidade de tornar clara para as usuárias, a frequência correta com que as mesmas devem realizar os exames e, conseqüentemente, aumentar a adesão das mesmas à realização do rastreamento do CCU através do Papanicolau.

A atividade educativa é a intervenção mais utilizada nas pesquisas para aumentar a adesão das mulheres à realização do exame de colpocitologia oncótica. É uma atividade aceita pela população feminina e com baixo custo para os serviços de saúde. Pode ser realizada em grupo ou individualmente, dentro das Unidades de Saúde, por meio de visitas domiciliares e/ou em outros ambientes, pelos profissionais de saúde ou por pessoas capacitadas da própria comunidade. Ademais, pode ser associada a um tipo de tecnologia para maior efetividade, dentre as quais pode-se citar: a utilização de lembretes, chamadas telefônicas e carta-convite são intervenções interessantes e podem ser consideradas (SOARES, 2016).

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

Neste sentido, estudos intervencionistas randomizados consideram a atividade educativa como uma intervenção eficaz para aumentar a adesão à realização da citologia oncótica (FERNADES et al., 2009; BYRD et al., 2013), assim como o conhecimento destas mulheres sobre a sua prevenção (COFTA-WOERPEL et al., 2009; NAIR et al., 2011).

A agenda “Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Dia”, proposta pelo presente estudo apresenta, dentre outras informações, as recomendações de periodicidade, baseadas nas diretrizes brasileiras de rastreamento do CCU (BRASIL, 2016b). A agenda possui, também, um espaço destinado ao agendamento dos exames, o que pode contribuir para a realização do exame dentro da frequência estabelecida por essas diretrizes.

A intervenção educativa com uso de tecnologia leve-dura proposta (agenda) mostrou-se positiva, uma vez que 76% das participantes do estudo realizaram o

exame após a intervenção. Tal resultado reforça os achados de Guvenc, Akyuz e Yenen (2013), em que a utilização de intervenção educativa efetivamente aumentou a participação das mulheres na triagem pelo Papanicolaou.

Com relação ao agendamento das prevenções, intervenções semelhantes com a utilização de carta-convite demonstraram evidências científicas para apoiar a utilização dessas tecnologias para aumentar a adesão aos programas de prevenção do câncer cérvico-uterino (EVERETT et al., 2011).

Estudo randomizado realizado com mulheres que estavam em atraso com o exame de colpocitologia oncótica observou que a carta-convite foi eficaz para incentivar a realização do exame preventivo, apresentando um custo acessível e é aplicável às mulheres (HERANNEY et al., 2011).

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

Os achados após a realização do exame encontravam-se, em sua maioria, dentro dos limites da normalidade, apesar de se tratar de mulheres resistentes à realização do exame. Dados têm demonstrado que as mulheres imunocompetentes liberam geralmente o HPV dentro de 2 anos, embora muitas sejam reinfectadas ou coinfectedas com outro subtipo de HPV. Entretanto, caso o vírus não seja eliminado pelo sistema imunológico, podem ocorrer alterações no colo do útero e resultar em displasia, que ao longo do tempo pode se transformar em invasiva CC (BYCHKOVSKY et al., 2016). Dessa forma, é importante a realização do exame na periodicidade correta para a redução da incidência e mortalidade por CCU.

Embora o método de Papanicolaou convencional apresente alta especificidade, em torno de 98%, ele possui baixa sensibilidade, cerca de 51%, conforme descrito em estudos de meta-análise (FAHEY et al., 1995; COHN; HERZOG, 2001; BERNSTEIN et al., 2001), podendo sofrer várias interferências, uma delas foi bastante encontrada nos resultados das mulheres rastreadas: a atrofia com inflamação, a qual requer tratamento pois pode mascarar o resultado com falso negativo. Nescecitando, dessa forma, de seguimento e estrogoterapia, quando não contra indicada, conforme diretrizes (BRASIL, 2016b).

A adesão à realização do exame entre as mulheres residentes na zona rural foi maior que aquelas moradoras da zona urbana após a intervenção. Tal fato pode estar associado a não realização do exame das mulheres rurais devido à dificuldade de acesso que as mesmas enfrentam para a realização do exame. Como a intervenção, de certa forma, facilitou o acesso, a adesão melhorou substancialmente, mostrando a necessidade de estruturar melhor as unidades que prestam atendimento na zona rural e facilitando o acesso das usuárias dos serviços. As populações rurais e remotas e aquelas com barreiras apresentam menor adesão ao rastreio (BYCHKOVSKY et al., 2016).

## 7 CONCLUSÃO

Para intervir nos baixos índices de coleta de citopatológico do colo do útero, foi elaborado um material de tecnologia leve-dura que pudesse auxiliar os profissionais da atenção primária, diretamente ligados a essa assistência, no sentido de proporcionar um maior controle dos mesmos sobre a periodicidade com que as mulheres de sua área de abrangência estavam realizando o exame, com orientações consideradas pertinentes a um melhor conhecimento acerca do CCU, fatores de risco, recomendações sobre frequência de realização do exame e agendamento dos mesmos, com a finalidade de garantir às mulheres informações que pudessem estimular a prática do exame.

Preocupando-se com a produção de um material consubstanciado, e levando-se em conta a produção do mesmo em grande escala, de forma que não honerasse aos cofres públicos, foi produzido um material resumido, porém didático.

Considerou-se também oferecer um material válido, para que a intervenção fosse a mais fidedigna e científica possível, a fim de gerar resultados satisfatórios. É importante salientar que a caracterização das participantes do estudo evidenciam fatores de risco para o CCU, das mesmas possuem conhecimento do exame de rastreo, todavia mostram-se resistentes à realização da prevenção.

Diante do exposto é notória a necessidade da realização de intervenções educativas para aumentar a adesão das mulheres na realização da citologia oncológica, com utilização de tecnologias que possam estimular a participação efetiva das mesmas nas práticas de saúde.

Ademais, há que se atentar para as dificuldades expressas por essas mulheres no que concernem as barreiras enfrentadas por elas para a não adesão ao exame, ajudando-as no manejo e enfrentamento dessas dificuldades.

Ressalta-se que foi um estudo de difícil realização, com algumas limitações, dentre as quais, pode-se destacar a disponibilidade de alguns profissionais da atenção básica em realizar levantamentos necessários ao estudo. Outra limitação foi a demora na entrega dos resultados dos exames por parte dos laboratórios e a falta de estrutura encontrada em algumas unidades básicas, especialmente as localizadas na zona rural, sinalizando a necessidade de investimentos na melhoria na infraestrutura à oferta e realização do exame, facilitando o acesso ao mesmo.

Conclui-se que utilização de uma tecnologia leve-dura aplicada, com a intervenção educativa, auxiliam na promoção da prevenção do CCU aumentam a adesão dessas mulheres à realização do exame Papanicolau. Trata-se de uma ferramenta importante para atrair e estimular a prática do rastreamento do CCU, especialmente nas mulheres resistentes ao exame.

Outro fator importante é que a informação sobre a patologia, sua etiologia e fatores de risco, bem como o conhecimento sobre as diretrizes do rastreamento são fundamentais para que as mulheres sintam-se mais estimuladas à realização do exame. Dessa forma, é importante destacar a necessidade de sensibilizar os profissionais diretamente ligados à assistência a investirem na educação em saúde como forma de informar e esclarecer às mulheres sobre a importância do exame, bem como minimizar suas dúvidas e resistência ao mesmo.

Além disso, mostra-se necessário organizar a demanda ao rastreamento para que deixem de ser oportunistas às coletas realizadas e passem a obedecer uma estruturação com faixa etária prioritária e na periodicidade correta.

Espera-se que esse estudo possa estimular profissionais de saúde a produzirem materiais válidos que venham a contribuir para uma maior adesão ao exame Papanicolau e, conseqüentemente, ajudar a minimizar a incidência e mortalidade por CCU.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M.; COLUCI, M. Z. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-8. 2011.
- ANDRADE, S. S et al. Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre Papanicolau. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 18, n. 8, p. 2301-10. 2013.
- ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n. 6, p. 721-3. 2007.
- ARROSI, S.; PAOLINO, M.; SANKARANARAYANAN, R. Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. **Rev. Panam. Salud Publica.**, v. 28, n. 4, p. 249-57. 2010.
- BYRD, T. L. et al. AMIGAS: multicidade multicomponente e prevenção do câncer cervical entre os mexicanos Mulheres americanas. **Câncer**. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Agenda da Mulher**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Guia prático sobre HPV: guia de perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jun, 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância de doenças transmissíveis. Coordenação-geral do programa nacional de imunizações. **Informe técnico da vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) 2015**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em saúde. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 311, de 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis/Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunização. Brasília/DF, 2016d.

BYCHKOVSKY, B. L. et al. Cervical cancer control in latin america: a call to action. **Cancer.**, v. 122, n. 4, p. 502-14. 2016.

CAMILLONI, L. et al. Methods to increase participation in organized screening programs: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 13, p. 464-76. 2013.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de santo Ângelo/RS. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 16, n. 9, p. 3925-32. 2011.

CASTRO, A. N.; LIMA JÚNIOR, E. M. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Rev. Bras. Queimaduras**, v. 13, n. 2, p. 103-13. 2014.

CASTRO, B. et al. Rastreio do câncer do colo do útero: limites etários, periodicidade e exame ideal: revisão da evidência recente e comparação com o indicador de

desempenho avaliado em Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1113-1122. 2014.

COFTA-WOERPEL L, Randhawa V, McFadden HG, Fought A, Bullard E, Spring B. ACCISS study rationale and design: activating collaborative cancer information service support for cervical cancer screening. **BMC Public Health**. 2009.

COOPER, M. Reasons for non-attendance at cervical screening. **Nurs. Stand.**, v. 25, n. 26, p. 41-4. 2011.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Sistema de Informação do câncer do colo do útero**, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siscolo/ver4/DEF/uf/PICCOLO4.def>> Acesso em: 10 fev. 2016.

DEMIRTAS, B. Review of Strategies in Promoting Attendance for Cervical Screening. **Asian Pac. J. Cancer Prev.**, v. 14, n. 5, p. 3263-7. 2013.

DICIO: **Dicionário Online de Português**: definições e significados de mais de 400 mil palavras. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/parametro/Andgt>> Acesso em: 20 ago. 2015.

DRUSZCZ, R.; BOTOGOSKI, S.; PIRES, T. Semiologia ginecológica: o atendimento da mulher na atenção primária à saúde. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**, v. 59, n. 3, p. 144-51. 2014.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. latinoam. enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-7. 2005.

EVERETT, T. et al. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v. 11, n. 5, p. 2834-48. 2011.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int. J. Cancer.**, v. 136, n. 5, p. 359-86. 2015.

FERNANDEZ, M. E. et al. Effectiveness of Cultivando La Salud: a breast and cervical cancer screening promotion program for low-income Hispanic women. **Am. J. Public Health.**, v. 99, n. 5, p. 936-43. 2009.

GUVENC, G.; AKYUZ, A.; YENEN, M. Effectiveness of Nursing Interventions to Increase Pap Smear Test Screening. **Res. Nurs. Health.**, v. 36, n. 2, p. 146-57. 2013.

GONÇALVES, C. V. et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Cienc. Saude Colet.**, v. 16, n. 5, p. 2501-10. 2011.

HONORATO, D. Z. et al. O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva. **R. Interd.**, v. 8, n. 1, p. 234-239. 2015.

HERANNEY, D. et al. A prospective randomized study of two reminding strategies: telephone versus mail in the screening of cervical cancer in women who did not initially respond. **Acta Cytol.**, v. 55, n. 4, p. 334-40. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. **Piauí: Censo Demográfico 2010 - Características da população (Amostra)** Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pi&tema=censodemog2010\\_amostra](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pi&tema=censodemog2010_amostra)> Acesso em: 18 ago. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância.** 1. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância.** 1. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tipos de câncer.** Rio de Janeiro, 2016b.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. esp., p. 178-85. 2006.

LAZCANO, P. E.; ALLEN, L. B. Inovação Prevenção e controle do câncer cervical México. **Arch. Med. Res.**, v. 40, p. 486-92. 2009.

LEE, S. C. Identification of vancomycin-resistant enterococci clones and inter-hospital spread during an outbreak in Taiwan. **BMC Infect. Dis.**, v. 4, n. 13, p. 163-7. 2013.

LEUNG S.; LEUNG, I. Cervical câncer screening: knowledge, health perception and attendance rate among Hong Kong Chinese women. **Int. J. Womens Health**, v. 2, p. 221-8. 2010.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MALLMANN, D. G. et al. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. **Cien. Saude Colet.**, v. 20, n. 6, pp. 1763-72. 2015.

MARTELLI, J. L. et al. Detección precoz del câncer cervicouterino em Chile: tempo para el cambio. **Rev. méd. Chile**, v. 142, n. 8, p. 1047-55. 2014.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 254-62. 2007.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma coposição técnica do trabalho centrado nas tecnologias leves e no campo relacional em saúde em debate. **Ano XXVII**, v. 27, n. 65, p. 1-13. 2003.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M.; SILVA, M. I. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. bras. enferm.**, v. 56, n. 2, p. 184-8. 2003.

NAIR, D. C. et al. Educational actions for the prevention of cervical cancer in adolescents. **Medisan.**, v. 15, n. 2, p. 209-14. 2011.

OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre a amamentação. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 1, p. 205-12. 2013.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM; IBAP, 1999.

\_\_\_\_\_. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PHELAN, J. C.; LINK, B. G. Controlling disease and creating disparities: a fundamental cause perspective. **J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.**, v. 60, n. spe, p. 27-33. 2005.

POLIT, D.; BECK, C. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: , 2013.

QUINN, M. et al. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. **British Med. J.**, v. 318, n. 7188, p. 904-8. 1999.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 20, n. 1, p. 101-8. 2012.

RICO, A. M.; IRIART, A. B. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1763-73. 2013.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Texto contexto enferm.**, v. 19, n. 2, p. 372-7. 2010.

SHEA, J., KLAININ-YOBAS, P., MACKAY, S. Young Singaporean women's knowledge of cervical cancer and pap smear screening: a descriptive study. **J. Clin. Nurs.**, v. 22, n. 23-24, p. 3310-9. 2013.

SILVA, K. B. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública.**, v. 48, n. 2, p. 240-8. 2014.

SINGH, G.; AZUINE, R.; SIAHPUSH, M. Global inequalities in cervical cancer incidence and mortality are linked to deprivation, low socioeconomic status, and human development. **Int. J. MCH AIDS.**, v. 1, n. 1, p. 17-30. 2012.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 90-6. 2010.

SOARES, M. O; SILVA, S. R. Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 404-14. 2016.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. 6, p. 990-6. 2012.

SRIPLUNG, H, et al. Success of a Cervical Cancer Screening Program: Trends in Incidence in Songkhla, Southern Thailand, 1989-2010, and Prediction of Future Incidences to 2030. **Asian Pac. J. Cancer Prev.**, v. 15, n. 22, p. 3-18. 2014.

TEXEIRA, E. et. al . Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 30, n. 2, p. 1-10. 2016.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54. 2009.

VIANNA, H. M. **Testes em educação**. 4. ed. São Paulo: Ibrasa, 1982.

WANG, X. et al. Evidence-based intervention to reduce access barriers to cervical cancer screening among underserved Chinese American women. **J. Womens Health**, v. 19, n. 3, p. 463-9. 2010.

WILLIAMS, J. H.; CARTER, S. M.; RYCHETNIK, L. Organised cervical screening 45 years on: How consistent are organized screening practices? **Eur. J. Cancer.**, v. 50, n. 17, p. 3029-38. 2014.

WILLIAMS-BRENNAN, L. et al. Social determinants of health associated with cervical cancer screening among women living in developing countries: a scoping review. **Arch. Gynecol. Obstet.**, v. 286, n. 6, p. 1487-505. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer Control. Knowledge into action**: WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <[www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf](http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2016.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Quadro de variáveis

Variável	Descrição	Tipo	Categorias/escalas
Data de nascimento	Data de nascimento	Quantitativa discreta	Data de nascimento
Estado civil	Estado civil	Catagórica nominal	1. Casada 2. Solteira 3. Estável 4. Separada/Divorciada 5. Viúva
Raça/cor	Raça ou cor	Catagórica nominal	1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena
Escolaridade	Escolaridade	Catagórica nominal	1. Analfabeta 2. Ensino fundamental incompleto 3. Ensino fundamental completo 4. Ensino médio incompleto 5. Ensino médio completo. 6. Ensino superior incompleto 7. Ensino superior completo
Ocupação	Tipo de ocupação laboral	Catagórica nominal	1. trabalha em casa 2. trabalha fora de casa
Jornada de trabalho	Quantidade de horas que trabalha	Quantitativa	Número em horas
Moradia	Local de moradia	Catagórica nominal	1. Zona urbana 2. Zona rural
Renda individual	Renda individual mensal	Quantitativa	Valor em reais
Pessoas	Com quem mora	Catagórica nominal	1. Sozinha 2. Companheiro 3. Filhos 4. Outro familiar: _____
Atividade sexual	Início da atividade sexual	Quantitativa discreta	Quantidade de anos
Filhos	Número de filhos	Quantitativa discreta	Número de filhos
Preservativo	Uso do preservativo	Catagórica nominal	1. Sim 2. Não

	em todas as relações sexuais		
DST	Se já teve alguma DST	Categórica nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> <li>3. Não sabe</li> </ol>
PCCU	Se já realizou exame de Prevenção de câncer de colo do útero	Categórica nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>
Finalidade	Sabe para que serve o exame?	Categórica nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevenir doenças</li> <li>2. Prevenir CCU</li> <li>3. Tratar DST</li> <li>4. Outros. Informar: _____</li> <li>5. Não sabe</li> </ol>
Periodicidade	Conhecimento sobre a periodicidade de se realizar o exame	Categórica nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Semestralmente</li> <li>2. Anualmente</li> <li>3. Quando apresentar algum sintoma</li> <li>4. De 2 em 2 anos, caso dois resultados consecutivos sejam negativos para o CCU</li> <li>5. De 3 em 3 anos, caso dois resultados consecutivos sejam negativos para o CCU</li> <li>6. Não sabe</li> </ol>
Realização	Se já fez esse exame	Categórica nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>
Último	Data/ano do último exame	Quantitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. (informar tempo em anos e/ou meses).</li> </ol>
Dificuldades	Principais dificuldades para a não realização dos exames	Categórica nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medo de dor</li> <li>2. Medo do resultado</li> <li>3. Vergonha</li> <li>4. Dificuldade de acesso</li> <li>5. Desconfiança</li> <li>6. Falta de tempo</li> <li>7. Falta de interesse</li> <li>8. Pouca confiabilidade com o serviço de saúde</li> <li>9. Outros. Informar: _____ _____</li> </ol>
Adesão	Realizou o exame após busca ativa	Nominal categórica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>

## APÊNDICE B - Carta convite para os juízes da análise do conteúdo

**Título do projeto:** “Promoção da realização do exame Papanicolau para prevenção do câncer de colo uterino em mulheres cadastradas na atenção primária.”

**Pesquisadoras responsáveis:**

- **Rosimeire Ferreira dos Santos, telefone para contato: (86) 99941- 7969, E-mail: rosimeire@ufpi.edu.br**
- **Sery Neely dos Santos Lima, telefone para contato: (89) 99921-8817, E-mail: serycuz@hotmail.com.**

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí / Programa de Mestrado Profissional em saúde da Mulher/ NUEPES.

Prezado (a) colega,

Convido-o a constituir o comitê de juízes da validação de conteúdo do instrumento Agenda para auxílio na prevenção do Câncer do Colo do Útero, desenvolvido pelas pesquisadoras Rosimeire Ferreira dos Santos e Sery Neely dos Santos Lima. Trata-se de instrumento que possibilitará a orientação às mulheres acerca da prevenção do câncer do colo do útero, proporcionando agendamento de seus exames, bem como ajudará o manejo da busca ativa e um melhor acompanhamento pelos profissionais de saúde.

O instrumento é constituído por 15 itens, divididos em 5 seções/dimensões:

- 1. Dados da mulher:** Identificação; dados pessoais; endereço.
- 2. História de saúde:** antecedentes familiares; antecedentes pessoais; doenças transmissíveis; histórico de imunização; acidentes ou violências/acidentes relacionados ao trabalho.
- 3. História clínica/ginecológica:** idade da primeira menstruação; data da última menstruação; idade da primeira relação sexual; ciclos menstruais; orientação sexual; antecedentes obstétricos; complicações no parto/pós parto; amamentação; acompanhamento do climatério; doenças sexualmente transmissíveis; uso de preservativo; patologias ginecológicas progressas; procedimentos e cirurgias ginecológicas ou mamárias.
- 4. Informações/orientações sobre o câncer de colo do útero e sua prevenção:** conceito de câncer e colo do útero; evolução da doença (ilustração); fatores que aumentam o risco para o câncer do colo do útero; conceituando o HPV; prevenção primária (uso do preservativo e vacina) e secundária (exame Papanicolau); maneira de se preparar para o exame Papanicolau; recomendações sobre a periodicidade da realização do exame.
- 5. Agendamento:** data de realização do exame, onde a próxima data será agendada de lápis grafite a fim de lembrar à mulher seu retorno; resultado do exame e encaminhamentos.

Considerando que o número de mulheres que realizam seus exames rotineiramente, como preconiza o Ministério da Saúde, parece ainda ser pequeno relacionado ao que se espera e que a resistência para a realização desse exame se configura num fator negativo para a redução da incidência do câncer do colo do

útero e visando contribuir para a redução da morbimortalidade por essa patologia é que se faz necessário realizar a busca dessas mulheres, entender suas dificuldades e emponderá-las do conhecimento necessário para que se tornem corresponsáveis por sua saúde. Dessa forma, esse estudo tem como objetivo geral: A promoção da prevenção do câncer de colo do útero (PCCU) com o exame Papanicolau de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que nunca realizaram este exame ou estão ser realiza-lo há mais de 3 anos.

Solicito, assim, sua valiosa colaboração, no sentido de avaliar os itens do instrumento em 2 (duas) etapas: na primeira, serão julgados quanto a dois critérios: “pertinência prática” e “relevância teórica”. Conforme sugestões fornecidas pelo comitê de juízes e o não atendimento ao referencial do Índice de Validade de Conteúdo que será calculado (80%) de cada item, haverá uma segunda etapa, na qual você deverá avaliar os itens que foram modificados, seguindo os mesmos critérios.

Caso aceite nosso convite, enviaremos em anexo todas as instruções sobre como proceder para nos ajudar na validação de conteúdo desse instrumento mediante as normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo. Caso seja de sua preferência, podemos enviar por correio os instrumentos, solicitamos que, para tal, nos forneça um endereço atualizado.

Kit para os juízes:

1. Questionário de caracterização sociodemográfica e de formação.
2. Formulário para avaliar os critérios: pertinência prática e relevância teórica.
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio do telefone (89) 99921 8817ou respondendo a este *e-mail*: [serycruz@hotmail.com](mailto:serycruz@hotmail.com).

Desde já, gratas pela atenção.

Aguardamos sua resposta à nossa solicitação.

Atenciosamente,

Sery Neely dos Santos Lima (mestranda)  
Rosimeire Ferreira dos Santos (orientadora)

**APÊNDICE C – Caracterização sociodemográfica e de formação dos juízes****Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Data de preenchimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Sexo:**

- (1) Masculino
- (2) Feminino

**Procedência (por região do Brasil):**

- (1) norte
- (2) nordeste
- (3) centro-oeste
- (4) sudeste
- (5) sul

**Estado civil:**

- (1) Solteiro
- (2) Casado/União estável
- (3) Separado/Divorciado
- (4) Viúvo

**Maior titulação:**

- (1) Pós-doutorado
- (2) Doutor
- (3) Mestre
- (4) Especialista
- (5) Graduado

**Profissão:** \_\_\_\_\_**Tempo de formação (em anos):** \_\_\_\_\_**Tempo de experiência com a temática (prevenção do câncer do colo do útero):** \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE D - validação da agenda para prevenção do câncer do colo do útero por juízes.

### Instruções para avaliação:

Prezado juiz, para os itens abaixo, você deverá avaliar DOIS critérios: “pertinência prática” e “relevância teórica” da agenda para prevenção do câncer do colo do útero. Para tanto, deverá considerar as seguintes definições:

**1. Pertinência prática:** corresponde à consistência entre a frase e o aspecto definido, e com as outras frases/itens que cobrem este mesmo aspecto (dimensão teórica: prevenção do câncer de colo do útero). Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente da dimensão teórica à qual pertence e deve ser importante para a agenda. Para tanto, ao julgar a pertinência prática do item, você deverá responder: *Você acredita que os itens propostos são pertinentes para esta avaliação e referem-se à dimensão teórica à qual pertencem? Em que nível?*

**2. Relevância teórica:** considera o grau de associação entre o item e a temática. Visa-se analisar se o item está relacionado ao construto do instrumento (prevenção do câncer do colo do útero). Para tanto, ao julgar a relevância teórica do item, você deverá responder: *Você acredita que o conteúdo deste item é representativo da temática que se quer avaliar ou de uma das dimensões teóricas que o compõem? Em que nível?*

Conforme as definições, os critérios deverão ser julgados conforme as escalas especificadas a seguir, marcando o campo correspondente ao seu julgamento, de modo que o menor valor representa um menor nível de atendimento ao critério:

	<b>Pertinência prática</b>	<b>Relevância teórica</b>
<b>1</b>	Nada pertinente	Nada relevante
<b>2</b>	Pouco pertinente	Pouco relevante
<b>3</b>	Muito pertinente	Muito relevante
<b>4</b>	Bastante pertinente	Bastante relevante

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores 1 ou 2, por favor, sugira as alterações que julgar mais apropriadas, utilizando o espaço reservado ao final. Contando com sua contribuição, agradeço antecipadamente por sua colaboração e empenho. Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

### Avaliação dos critérios

Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data de preenchimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>N</b>	<b>Itens do instrumento</b>	<b>Valores</b>	<b>Pertinência</b>	<b>Relevância</b>
1	Dados da mulher		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
			3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
2			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>



## APÊNDICE E – Instrumento de Coleta de Dados

FORMULÁRIO Nº _____			
<b>Perfil sócio demográfico</b>			
1. Data de nascimento	__/__/____		
2. Estado civil:	<input type="checkbox"/> casada/estável	<input type="checkbox"/> solteira	<input type="checkbox"/> Separada/ Divorciada
3. Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (antigo 1 <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo. <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo		
4. Ocupação:	<input type="checkbox"/> trabalha em casa <input type="checkbox"/> trabalha fora de casa		
5. Jornada de trabalho (em horas)	_____		
6. Moradia:	<input type="checkbox"/> Zona urbana <input type="checkbox"/> Zona rural		
7. Raça/cor:	<input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> indígena		
8. Renda individual mensal (em R\$)	_____		
9. Bolsa família?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
10. Com quem mora	<input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Outro familiar: _____		
<b>Perfil ginecológico</b>			
1. Idade do início da atividade sexual (em anos):	_____		
2. Números de parceiros sexuais?	_____		
3. Filhos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos?	
4. Usa preservativo em todas as relações sexuais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5. Usa algum tipo de anticoncepcional ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica		
6. Já teve alguma DST?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
<b>Conhecimento sobre a prevenção do câncer de colo do útero</b>			
1. Você sabe para	<input type="checkbox"/> Prevenir doenças		

que serve esse exame (finalidade)?	<input type="checkbox"/> Prevenir CCU <input type="checkbox"/> Tratar DST <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sabe Outros: _____
2. Você sabe dizer com que frequência se deve realizar esse exame?	<input type="checkbox"/> mensalmente <input type="checkbox"/> semestralmente <input type="checkbox"/> anualmente <input type="checkbox"/> Quando apresenta algum sintoma <input type="checkbox"/> de 2 em 2 anos, caso dois resultados consecutivos negativos para câncer; <input type="checkbox"/> de 3 em 3 anos, caso dois resultados consecutivos negativos para câncer. <input type="checkbox"/> Não sei.
<b>Prática em relação ao Papanicolau</b>	
1. Você já realizou o exame de prevenção do câncer do colo do útero?  ( ) Sim                      ( ) Não	2. Há quantos anos realizou o último exame?  _____
3. Onde realizou o último exame?	<input type="checkbox"/> estabelecimento público  <input type="checkbox"/> estabelecimento privado
4. Quais as maiores dificuldades que você enfrenta para a realização do exame? <input type="checkbox"/> Medo de dor <input type="checkbox"/> Medo do resultado <input type="checkbox"/> Vergonha <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso <input type="checkbox"/> Desconfiança <input type="checkbox"/> Falta de tempo <input type="checkbox"/> Falta de interesse <input type="checkbox"/> Pouca confiabilidade com o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Outros _____	

**APÊNDICE F – Instrumento de coleta de dados pós intervenção.**

<b>INICIAIS:</b>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> ___ / ___ / _____		
<b>Pós Intervenção</b>		
Você sabe para que serve esse exame (finalidade)?	<input type="checkbox"/> Prevenir doenças <input type="checkbox"/> Prevenir CCU <input type="checkbox"/> Tratar DST <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sabe Outros: _____	
Você sabe dizer com que frequência se deve realizar esse exame?	<input type="checkbox"/> mensalmente <input type="checkbox"/> semestralmente <input type="checkbox"/> anualmente <input type="checkbox"/> Quando apresenta algum sintoma <input type="checkbox"/> de 2 em 2 anos, caso dois resultados consecutivos negativos para câncer; <input type="checkbox"/> de 3 em 3 anos, caso dois resultados consecutivos negativos para câncer. <input type="checkbox"/> Não sei.	
Realizou exame após intervenção?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Observação Clínica	<input type="checkbox"/> Colo normal <input type="checkbox"/> Colo alterado	
<b>Resultado do exame</b>		
<b>Alterações</b>		
Metaplasia escamosa imatura	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não	
Reparação	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não	
Inflamação sem identificação do agente (Alterações celulares benignas reativas ou reparativas).	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não	
Atrofia com inflamação	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não	
Indicação de radiação	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não	
Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após menopausa	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Não se pode afastar lesão em alto grau <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Não se pode afastar lesão em alto grau <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica ( ) sim ( ) não Não se pode afastar lesão em alto grau ( ) sim ( ) não
Lesão intraepitelial de baixo grau ( ) sim ( ) não		
Lesão intraepitelial de alto grau ( ) sim ( ) Não		
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor ( ) sim ( ) Não		
Adenocarcinoma incito ou envasor ( ) sim ( ) Não		
<b>Microbiologia</b>		
<i>Lactobacilos sp</i>		( ) sim ( ) Não
Cocos		( ) sim ( ) Não
Bacilos		( ) sim ( ) Não
Bacilos supracitoplasmáticos ( <i>sugestivo de gardnerella/mobiluncus</i> )		( ) sim ( ) Não
<i>Cândida sp</i>		( ) sim ( ) Não
<i>Clamydia sp</i>		( ) sim ( ) Não
Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes.		( ) sim ( ) Não
<i>Trichomonas vaginalis</i>		( ) sim ( ) Não
<i>Actinomomyces sp</i>		( ) sim ( ) Não
<b>Conclusão</b>		
<p>(1) Processo Inflamatório Leve.</p> <p>(2) Processo Inflamatório Moderado.</p> <p>(3) Processo Inflamatório Acentuado.</p> <p>(4) Atrofia com inflamação.</p> <p>(5) Atipias de significado indeterminado em células escamosas provavelmente não neoplásica.</p> <p>(6) Atipias de significado indeterminado em células escamosas não podendo afastar lesão em alto grau.</p> <p>(7) Atipias de significado indeterminado em células glandulares provavelmente não neoplásica.</p> <p>(8) Atipias de significado indeterminado em células glandulares não podendo afastar lesão em alto grau.</p> <p>(9) Atipias de significado indeterminado de origem indefinida provavelmente não neoplásica.</p> <p>(10) Atipias de significado indeterminado de origem indefinida não podendo afastar lesão em alto grau.</p> <p>(11) Lesão intraepitelial de baixo grau.</p> <p>(12) Lesão intraepitelial de alto grau.</p> <p>(13) Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor.</p> <p>(14) Adenocarcinoma incito ou envasor.</p>		

## **APÊNDICE G – TCLE para as participantes da análise semântica**

**Projeto de pesquisa: Promoção da realização do exame Papanicolau para prevenção do câncer de colo uterino em mulheres cadastradas na atenção primária.**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), de um estudo de dissertação de mestrado. Para tanto, precisa decidir se aceita ou não participar. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e peça esclarecimentos ao responsável pelo estudo sobre as dúvidas que você vier a ter. Este estudo está sendo conduzido pela Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos. Após obter as informações necessárias e desejar participar do estudo, assine o final deste documento, que se apresenta em duas vias; uma delas será sua e a outra pertencerá ao pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

### **ESCLARECIMENTO SOBRE O ESTUDO:**

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos.

**Instituição/Departamento:** UFPI – Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher/ NUEPES - **Telefone para contato:** (86) 99417969

**Pesquisadora assistente:** Sery Neely dos Santos Lima - **Telefones para contato:** (89) 999218817

**O objetivo do estudo é:** Promover a prevenção do câncer de colo do útero, por meio do exame Papanicolau, de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que não realizaram este exame.

**Riscos:** Constrangimento em responder a alguma questão, porém o aplicador do instrumento procurará ser o mais discreto e empático possível. Os participantes poderão ainda, desvincular-se em qualquer momento do estudo.

**Benefícios:** não será imediato para o (a) participante, mas será revertido na avaliação com maior confiabilidade de informações sobre o câncer do colo do útero e suas formas de prevenção.

**Procedimentos:** A fase que você participará se refere à etapa para realizar a revisão e modificação do instrumento Agenda para auxílio na prevenção do câncer do colo do útero, composto por “5” itens.

**Consentimento da participação da pessoa como participante**

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como participante. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li e que foram lidas para mim, descrevendo os objetivos da coleta dos dados para uma dissertação de mestrado. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, riscos, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos importantes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/ tratamento neste serviço.

Local e data: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante ou responsável

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa ou representante legal para participação neste estudo.

Picos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos (orientadora)**

**Sery Neely dos Santos Lima (mestranda).**

## **APÊNDICE H – TCLE para comitê de juízes da análise de conteúdo**

**Projeto de pesquisa: Promoção da realização do exame Papanicolau para prevenção do câncer de colo uterino em mulheres cadastradas na atenção primária.**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), de um estudo de dissertação de mestrado. Para tanto, precisa decidir se aceita ou não participar. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e peça esclarecimentos ao responsável pelo estudo sobre as dúvidas que você vier a ter. Este estudo está sendo conduzido pela Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos. Após obter as informações necessárias e desejar participar do estudo, assine o final deste documento, que se apresenta em duas vias; uma delas será sua e a outra pertencerá ao pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

### **ESCLARECIMENTO SOBRE O ESTUDO:**

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos.

**Instituição/Departamento:** UFPI – Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher/ NUPES

**Telefone para contato:** (86) 99417969

**Pesquisadora assistente:** Sery Neely dos Santos Lima

**Telefones para contato:** (89) 999218817

**O objetivo do estudo é:** Promover a prevenção do câncer de colo do útero, por meio do exame Papanicolau, de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que não realizaram este exame.

**Riscos:** Constrangimento em responder a alguma questão, porém o aplicador do instrumento procurará ser o mais discreto e empático possível. Os participantes poderão ainda, desvincular-se em qualquer momento do estudo.

**Benefícios:** não será imediato para o (a) participante, mas será revertido na avaliação com maior confiabilidade de informações sobre o câncer do colo do útero e suas formas de prevenção.

**Procedimentos:** A fase que você participará se refere à etapa para realizar a revisão e modificação do instrumento Agenda para auxílio na prevenção do câncer do colo do útero, composto por “5” itens.

**Consentimento da participação da pessoa como participante**

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como participante. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li e que foram lidas para mim, descrevendo os objetivos da coleta dos dados para uma dissertação de mestrado. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, riscos, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos importantes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/ tratamento neste serviço.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante ou responsável

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa ou representante legal para participação neste estudo.

Picos, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos (orientadora)**

**Sery Neely dos Santos Lima (mestranda)**

## APÊNDICE I - TCLE PARA MULHERES

**Título do estudo:** Promoção da realização do exame Papanicolau para prevenção do câncer de colo uterino em mulheres cadastradas na atenção primária/Estratégia Saúde da Família.

**Pesquisadores responsáveis:** - Mestranda Sery Neely dos santos Lima/  
- Profa. Dra. Rosimeire Ferreira dos Santos.

**Instituição:** Universidade Federal do Piauí – UFPI.

**Contato:** e-mail: [serycruz@hotmail.com](mailto:serycruz@hotmail.com); telefone: (89) 99921 8817/  
[rosimeirefggmail.com](mailto:rosimeirefggmail.com); telefone: (86) 99941 7969.

Este trabalho faz parte de uma dissertação de mestrado sobre a relação à promoção do cuidado com mulheres que não realizam o exame de prevenção do câncer do colo do útero, que tem como objetivo: Promover a prevenção do câncer de colo do útero, por meio do exame Papanicolau, de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que não realizaram este exame.

Para a coleta de dados através de uma entrevista, utilizaremos um questionário simples e individual, o qual nos fornecerá as informações necessárias para a realização deste trabalho. Dessa forma, precisamos de sua valiosa contribuição voluntária para responder o questionário em anexo, o qual não deverá ser assinado, para manter o seu anonimato. Além disso, você será convidada a realizar a coleta do citopatológico do colo do Útero (exame de prevenção), no qual já deixaremos a data agendada pra realizarmos na ESF da sua área adescrita, onde o exame será coletado pela enfermeira pesquisadora.

Esta pesquisa não lhe trará nenhum custo, bem como não será remunerada. Os riscos são mínimos e consistem em algum desconforto seja físico e/ou emocional, uma vez que este estudo apresenta uma etapa com intervenção educativa e, ainda, o formulário de coleta de dados contendo quatro partes, além da realização do exame de prevenção do câncer do colo do útero (PCCU), o qual poderá causar constrangimento e desconforto pela própria natureza do procedimento. Para minimizar esses riscos, as participantes serão orientadas quanto as etapas do estudo, dando-lhes a opção de parar em qualquer momento, além de orientações acerca da técnica utilizada para a realização do exame, a fim de deixá-las mais a vontade e confiantes. Caso sinta-se desconfortável aos responder as perguntas asseguramos, também, o seu direito de recusar-se a responder aquelas que ocasionem constrangimento e estaremos à sua disposição para maiores informações e esclarecimentos concernentes a essa pesquisa. Deixamos claro que você terá a plena liberdade de participar ou não dessa pesquisa, bem como desistir em qualquer etapa desse processo investigatório, sem sofrer nenhum tipo de prejuízo.

Porém, os riscos envolvidos nesta pesquisa são compensados pelos benefícios apresentados, pois lhes será resguardada toda privacidade e anonimato referente à coleta de dados, bem como serão seguidos todos os passos e técnicas do protocolo do Ministério da Saúde para a coleta do exame de prevenção do câncer de colo do útero. Sendo-lhes garantido o resultado do exame, assim como a continuidade da assistência (tratamento e encaminhamentos) pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) de sua microárea, conforme previamente acordado com a equipe local e Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Sendo a realização do exame após intervenção um fator positivo para a detecção e PCCU, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade por essa doença.

Requeremos o seu consentimento para apresentação dos dados em eventos científicos e publicação dos mesmos em periódicos da área. Suas informações serão utilizadas somente para os fins desta e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Antecipadamente agradecemos.

Tendo recebido as informações anteriores, declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa. Em seguida assino meu consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Picos, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ R.G \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador \_\_\_\_\_

---

Caso você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Pró-Reitoria de Pesquisa-PROSPEQ - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI. tel.: (86) 3237-2332 email: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br) web: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep)

---









**ANEXOS**

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Promoção da realização do exame Papanicolau para prevenção do câncer de colo uterino em mulheres cadastradas na atenção primária.

**Pesquisador:** ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53669716.5.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.607.328

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa possui o seguinte objetivo: Promover a prevenção do câncer de colo do útero, por meio do exame Papanicolau, de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que não realizaram este exame. A equipe é composta de 02 (dois) pesquisadores, a Prof. Rosimeire Ferreira dos Santos e a Enfermeira: Sery Neely Santos Lima. A pesquisa será realizada na cidade de Picos - PI. Serão incluídas na amostra, as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que tiverem iniciado atividade sexual, que nunca tenham feito citopatológico do colo do útero ou que estejam há mais de 3 anos sem realizar o exame, serem cadastradas nas ESF e utilizarem esse serviço. Participarão 246 indivíduos da pesquisa. O roteiro da pesquisa será delineado em 3 (três) etapas: a primeira contém os aspectos sociodemográficos, cujas variáveis são idade; estado civil; escolaridade; ocupação; jornada de trabalho; moradia; raça/cor; renda individual mensal e com quem mora. A segunda contém o perfil ginecológico, que tem como variáveis: Idade do início da atividade sexual; número de filhos; o uso ou não de preservativo em todas as relações sexuais e a ocorrência ou não de alguma doença sexualmente transmissível. A terceira trata do conhecimento das participantes da pesquisa sobre a prevenção do câncer de colo do útero utilizando as seguintes variáveis: conhecimento sobre a finalidade e frequência da realização do exame e, por fim, uma quarta parte que aborda a prática das mulheres em relação ao Papanicolau, tendo como variáveis: realização do

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.607.328

exame de PCCU; ano e local de realização do último exame e as maiores dificuldades enfrentadas para a realização do exame. A análise estatística foi desenhada de forma satisfatória. Os resultados desta pesquisa podem subsidiar ações governamentais e políticas públicas importantes no contexto de saúde da mulher.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Promover a prevenção do câncer de colo do útero, por meio do exame Papanicolau, de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que não realizaram este exame.

**Objetivo Secundário:**

Caracterizar as participantes do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos, ginecológicos e práticas em relação ao exame

Papanicolau. Investigar o conhecimento das mulheres acerca do câncer de colo do útero e sua prevenção. Identificar as dificuldades relatadas pelas

participantes para a realização do exame. Analisar o número de citopatológicos alterados após a busca ativa e realização do exame. Analisar a significância da busca ativa para a adesão a realização do exame.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

As participantes poderão apresentar algum risco, seja de natureza física, psicológica, emocional ou social, pois as participantes da pesquisa estarão

submetidas a alguma fadiga na perspectiva intelectual e física, uma vez que este estudo apresenta uma etapa com intervenção educativa e, ainda, o

questionário de coleta de dados contendo quatro partes, além da realização do exame, o qual poderá causar constrangimento e desconforto pela

própria natureza do procedimento. Porém, os riscos envolvidos nesta pesquisa são compensados pelos benefícios apresentados, pois lhes será

resguardada toda privacidade e anonimato referente à coleta de dados, bem como serão seguidos todos os passos e técnica dos protocolos do MS

para a coleta da citologia oncológica das mesmas. Sendo-lhes garantido o resultado do exame, assim como a continuidade da assistência (tratamento

e encaminhamentos) pela ESF de sua microárea, conforme previamente acordado com a equipe

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.607.328

local e SMS.

**Benefícios:**

A pesquisa trará benefícios, uma vez que buscará ativamente e esclarecerá, através de ações de educação em saúde, uma demanda de mulheres

que, por algum motivo, não realizam seus exames de rastreio conforme preconiza o MS. Sendo a adesão à realização do exame após intervenção um fator positivo para a detecção e prevenção do CCU, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade por essa doença.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante do ponto de vista científico, pois tem um escopo voltado para uma morbidade prevalente na população. O desenho metodológico foi detalhado de forma satisfatório. Os riscos e benefícios foram esclarecidos de forma minuciosa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados de forma adequada.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto sem pendências estando apto para ser desenvolvido.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_662681.pdf	26/02/2016 22:32:42		Aceito
Outros	Curriculo.pdf	26/02/2016 22:32:06	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	26/02/2016 22:24:38	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	26/02/2016 22:24:03	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CONFIDENCIALIDADE.pdf	23/02/2016 14:20:29	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.607.328

Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZA.jpg	23/02/2016 14:16:36	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/02/2016 10:09:34	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	23/02/2016 10:02:25	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/02/2016 10:00:04	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	23/02/2016 09:44:50	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DEC.pdf	23/02/2016 09:35:55	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	22/02/2016 11:22:49	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

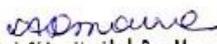
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 24 de Junho de 2016

Assinado por:

Adrianna de Alencar Setubal Santos  
(Coordenador)

  
Prof. Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura  
Coordenadora CEP-UFPI  
Portaria PROPESQ Nº 10/2016

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga CEP: 64.049-550

UF: PI Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br