



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LILIANNE KELLY ROCHA DO VALE

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES EM RELAÇÃO AO
EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

FORTALEZA - CEARÁ

2016

LILIANNE KELLY ROCHA DO VALE

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES EM RELAÇÃO AO
EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional. Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Valeska Siebra e Silva

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Vale, Lilianne Kelly Rocha do.

Conhecimento, atitude e prática de gestantes em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino [recurso eletrônico] / Lilianne Kelly Rocha do Vale. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 110 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof.^a Dra. Ana Valeska Siebra e Silva.

Coorientação: Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas.

1. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 2. Neoplasias do colo do útero. 3. Gestantes. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

LILIANNE KELLY ROCHA DO VALE

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES EM RELAÇÃO AO
EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional. Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

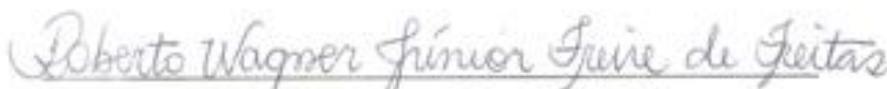
Aprovada em: 04/07/2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª. Dra. Ana Valeska Siebra e Silva (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ



Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

Prof.ª. Dra. Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa

Universidade Federal do Piauí - UFPI

A Deus e aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, luz para me guiar, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

Aos meus pais, Francisco e Maria, aos irmãos, Herlon e Normando, e à minha madrinha e segunda mãe, Dôra, por todo carinho e paciência nos momentos difíceis.

Ao meu esposo, Danilo, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, incondicionalmente me apoiando nos momentos de dificuldades, comemorando nas conquistas e ajudando durante todo o percurso.

Ao professor Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas, que tão bem conduziu todo o processo de orientação. Aliás, quando deveria ser simplesmente professor, foi mestre, transmitindo seus conhecimentos e experiências; quando deveria ser mestre, foi amigo e em sua amizade me compreendeu e me incentivou a seguir. Expresso minha eterna gratidão e profundo respeito.

Aos professores Márcio Flávio Moura de Araújo e Ana Valeska Siebra e Silva, que aceitaram compor minha banca de qualificação e de defesa, pelas sugestões e contribuições para aperfeiçoamento deste trabalho.

À Rhayane Costa Lima Batista, futura enfermeira, pela colaboração na coleta de dados.

Aos queridos e inesquecíveis amigos mestrandos da Turma Flor do Cacto, por todos os momentos de incentivo, apoio, boas risadas, troca de experiências e aprendizado durante a trajetória.

Aos facilitadores, funcionários e equipe do Mestrado Profissional em Saúde da Família UECE/ FIOCRUZ, especialmente às professoras Ana Patrícia Pereira Moraes e Annatália Meneses de Amorim Gomes, que conduziram com maestria a coordenação do curso.

À Secretaria de Saúde de Fortaleza e aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, pelo apoio e colaboração.

Às gestantes participantes, pela disponibilidade e confiança na coleta dos dados.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

O câncer do colo do útero configura-se como um importante problema de saúde pública. O exame Papanicolaou tem sido a técnica mais recomendada para o diagnóstico de lesões precursoras, devendo toda mulher, inclusive as gestantes, de preferência até o sétimo mês de gestação, ter acesso ao mesmo. Entretanto, a atividade profissional na Estratégia Saúde da Família demonstrou que as gestantes não realizam o exame durante o pré-natal, fato que motivou a realização do presente estudo, cujo objetivo principal foi analisar o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino em Fortaleza. Estudo quantitativo com delineamento transversal realizado na cidade de Fortaleza-Ceará, especificamente em seis Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). A amostra foi calculada através da fórmula para populações finitas e estratificada dentro de cada uma das UAPS selecionadas, totalizando 214 gestantes que estiveram em acompanhamento pré-natal, maiores de 18 anos de idade, independente do período gestacional, da paridade e do risco gestacional. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista utilizando um formulário do tipo inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), aplicado e seguidamente classificado pela pesquisadora segundo critérios de adequação. Os dados foram exportados e analisados no software estatístico livre Epi-Info, versão 3.5.3. Em todas as análises foi adotado um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará e aprovado sob o parecer de número 1.309.816. Os resultados apontaram que quase todas (99,5%) as gestantes tinham ouvido falar sobre o exame preventivo do CCU, no entanto apenas 10,7% foram classificadas com conhecimento adequado. Em relação à atitude e à prática, o percentual de adequação foi de 80,8% e 50,9%, respectivamente. Foi revelado que 22,9% das gestantes nunca tinham se submetido ao exame e somente 8,6% realizaram na gestação atual. Os principais motivos citados para não terem se submetido ao Papanicolaou durante a gestação atual foram a falta de solicitação do profissional de saúde (45,9%) e o desconhecimento da possibilidade de realizar o exame na gestação (22,4%). No que concerne ao conhecimento, gestantes com mais idade ($p=0,000$) e casadas/união estável ($p=0,003$) apresentaram melhor adequação. A atitude esteve positivamente associada à idade ($p=0,042$) e à situação laboral ($p=0,034$). No tocante à prática adequada, apresentou associação significativa com média mais elevada de idade ($p=0,000$), com a classe econômica ($p=0,010$) e com o uso de método contraceptivo progressivo ($p=0,003$). Apesar de terem sido observadas

oscilações nos percentuais de adequação entre as secretarias regionais da capital cearense, no geral, o conhecimento, a atitude e a prática das gestantes necessitam ser aprimorados em toda a cidade. Logo, é essencial que a rede de saúde busque alternativas para organizar seus serviços, a fim de que seja prestada uma atenção integral à mulher, focada na promoção da saúde, e oportunizando uma assistência pré-natal de qualidade.

Palavras-chave: Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Neoplasias do colo do útero. Gestantes. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Cervical cancer is configured as an important public health issue. The Pap smear screening has been the most recommended technique to diagnose precursor lesions, and all women, including the pregnant ones until the seventh month, could have access to it. However, the professional activity of the Family Health Strategy has shown that pregnant women do not do the screening during the prenatal, fact that has motivated the conduction of this study, which aims to analyze the knowledge, attitude and the practice of pregnant women relating to the Pap Smear in Fortaleza-CE city. This is a quantitative, cross-sectional study conducted in Fortaleza city, specifically in six Primary Health Care Units (UAPS). The sample was calculated by the finite population formula and stratified within each selected UAPS, totaling 214 pregnant that were in a prenatal following, independent from the gestational time, parity and gestational risk. Data collection happened through interviews using a form on an inquiry Knowledge, Attitude and Practice (KAP), applied and then classified by the researcher suitability criteria. Data were exported and analyzed in the free statistical software Epi-Info, version 3.5.3. In all analyzes, it was adopted a confidence interval of 95% and significance level of 5%. The project was submitted to the Ethics Committee on Human Research of the University of the State of Ceara and approved under permit number 1309816. The results showed that almost all (99.5%) pregnant women had heard about the preventive examinations for cervical cancer, but only 10.7% were classified as adequate knowledge. In the attitude and practice, the adequacy percentage was 80.8% and 50.9%, respectively. It was revealed that 22.9% of pregnant women had never undergone the screening and only 8.6% had during the current pregnancy. The main reasons cited for not having been subjected to Pap smear during the current pregnancy were lack of health professional request (45.9%) and the lack of knowledge about the possibility to take the screening during pregnancy (22.4%). Regarding knowledge, pregnant women of older age ($p=0.000$) and married/common-law marriage ($p=0.003$) were better suited. The attitude was positively associated with age ($p=0.042$) and employment status ($p=0.034$). Concerning the proper practice, it was significantly associated with higher mean age ($p=0.000$), with the economic class ($p=0.010$) and with the use of previous contraceptive method ($p=0.003$). Despite that oscillations were observed in the adequacy percentage between the regional secretaries of Fortaleza, in general, knowledge, attitude and practice of pregnant women need to be improved throughout the city. Therefore, it is essential that the health network seek alternatives to organize their services in order to

give comprehensive care to women, focused on health promotion, and giving the opportunity to prenatal care quality.

Keywords: Health Knowledge, Attitudes, Practice. Uterine Cervical Neoplasms. Pregnant Women. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Divisão territorial da cidade de Fortaleza por Regionais.....	42
Quadro 1 -	UAPS selecionadas para desenvolvimento do estudo.....	43
Quadro 2 -	Estratificação da população alvo e amostra de gestantes, segundo UAPS. Fortaleza, CE, 2016.....	44
Quadro 3 -	Classificação do conhecimento, atitude e prática relacionados ao exame Papanicolaou, segundo critérios utilizados por Brenna <i>et al.</i> (2001).....	47
Quadro 4 -	Classificação do conhecimento, atitude e prática relacionados ao exame Papanicolaou, segundo critérios utilizados por Vasconcelos <i>et al.</i> (2011).....	47
Gráfico 1 -	Distribuição da amostra de acordo com o tipo de método contraceptivo utilizado anteriormente à gestação atual. Fortaleza, CE, 2016 (n=214).....	53
Gráfico 2 -	Distribuição das gestantes conforme a ocorrência de gestações (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	53
Gráfico 3 -	Distribuição das gestantes em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	54
Gráfico 4 -	Distribuição da amostra de acordo com a procedência das informações acerca do conhecimento sobre o exame preventivo do CCU. Gestantes (n=213). Fortaleza, CE, 2016.....	56
Gráfico 5 -	Classificação da atitude em relação ao exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	57
Gráfico 6 -	Distribuição da amostra segundo o motivo referido para não realização do exame preventivo do CCU durante a gestação atual. Gestantes (n=196). Fortaleza, CE, 2016.....	58
Gráfico 7 -	Distribuição da amostra conforme o último exame preventivo do CCU realizado. Gestantes (n= 147). Fortaleza, CE, 2016.....	59
Gráfico 8 -	Distribuição percentual da amostra de acordo com a escolaridade e o número de gestações. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	60

Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo a secretaria regional de acordo com os percentuais de adequação do conhecimento, da atitude e da prática em relação ao exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016..... 67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização das gestantes (n=214), segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, CE, 2016.....	52
Tabela 2 -	Distribuição da amostra de acordo com a classificação do conhecimento, atitude e prática em relação ao exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	55
Tabela 3 -	Distribuição da amostra de acordo com a finalidade do exame preventivo do CCU referida pelas participantes. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	55
Tabela 4 -	Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento acerca da periodicidade do exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	56
Tabela 5 -	Associação entre o conhecimento em relação ao exame preventivo do CCU e as médias de características socioeconômicas e reprodutivas. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	60
Tabela 6 -	Associação entre a atitude em relação ao exame preventivo do CCU e as médias de características socioeconômicas e reprodutivas. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	61
Tabela 7 -	Associação entre a prática em relação ao exame preventivo do CCU e as médias de características socioeconômicas e reprodutivas. Gestantes (n=214). Fortaleza-CE, 2016.....	61
Tabela 8 -	Associação entre o conhecimento em relação ao exame preventivo do CCU e as variáveis: convive com companheiro, escolaridade, situação laboral, classe econômica e uso de preservativos antes da gestação. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	62
Tabela 9 -	Associação entre a atitude em relação ao exame preventivo do CCU e as variáveis: convive com companheiro, escolaridade, situação laboral, classe econômica e uso de preservativos antes da gestação. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	63
Tabela 10 -	Associação entre a prática em relação ao exame preventivo do CCU e as variáveis: convive com companheiro, escolaridade, situação laboral, classe econômica e uso de preservativos antes da gestação. Gestantes (n=214).	

	Fortaleza, CE, 2016.....	64
Tabela 11 -	Associação entre o conhecimento e a realização do exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	65
Tabela 12 -	Associação entre a atitude e o conhecimento em relação ao exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	66
Tabela 13 -	Associação entre a prática e os seguimentos conhecimento e atitude em relação ao exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Adenocarcinoma In Situ
APS	Atenção Primária à Saúde
CCU	Câncer do Colo do Útero
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Papilomavírus humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E SUA INTERFACE COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA--	22
3.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: PROMOÇÃO DA SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO	26
3.2.1	O exame preventivo do câncer do colo do útero	30
3.3	CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES EM RELAÇÃO AO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: ALGUMAS INVESTIGAÇÕES.	33
4	MÉTODO	41
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	41
4.2	LOCAL E PERÍODO	41
4.3	POPULAÇÃO	43
4.4	AMOSTRA.....	44
4.4.1	Estratificação da amostra	44
4.4.2	Critérios de inclusão	45
4.4.3	Critérios de exclusão	45
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	45
4.6	COLETA DE DADOS	49
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	50
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	50
5	RESULTADOS	51
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA	51
5.2	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A HISTÓRIA REPRODUTIVA.....	52

5.3	CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA EM RELAÇÃO AO EXAME PREVENTIVO DO CCU-----	54
5.3.1	Conhecimento-----	55
5.3.2	Atitude-----	57
5.3.3	Prática-----	57
5.3.4	Associações de variáveis-----	59
6	DISCUSSÃO-----	68
7	CONCLUSÕES-----	81
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	83
	REFERÊNCIAS-----	85
	APÊNDICES-----	95
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS-----	96
	APÊNDICE B - PEDIDO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA	100
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-----	102
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO-----	104
	ANEXOS-----	105
	ANEXO A - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL-----	106
	ANEXO B - AUTORIZAÇÃO PARA O ESTUDO-----	108
	ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-----	109

1 INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase do ciclo vital feminino que traz consigo mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. Nesse sentido, a gestante necessita de atenção qualificada, cuja abordagem considere aspectos psicossociais, educação em saúde e prevenção. Isto certamente propicia o parto de um recém-nascido saudável e sem risco para saúde materna (BRASIL, 2012a).

Nesse contexto, insere-se o acompanhamento do pré-natal, quando os profissionais de saúde devem estar atentos e capacitados para prestar uma assistência que busque o cuidado integral aos anseios, dúvidas, transformações e necessidades da mulher durante a gestação.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000, busca adotar medidas que assegurem o direito à cidadania, a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal, seguindo as propostas da política de humanização no atendimento (BRASIL, 2002a).

A ampliação deste programa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu-se por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 e, conseqüentemente, da Rede Cegonha. Esta consiste numa rede de cuidados que tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil tendo, entre seus princípios, a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2011). Dentre esses exames, pode-se citar a colpocitologia oncótica (exame de Papanicolaou), podendo ser realizada em qualquer período durante a gestação, preferencialmente até o sétimo mês (BRASIL, 2012a).

Não se pode deixar de destacar os efeitos da contemporaneidade na vida sexual e reprodutiva feminina. Questões como sobrecarga de trabalho e estresse têm protelado a gestação para idades mais avançadas. Com isto, infelizmente, tem se observado uma alteração epidemiológica: elevação da associação câncer/gestação e câncer em mulheres jovens (BRASIL, 2004; LIMA *et al.*, 2009).

O câncer do colo do útero (CCU), entre as doenças crônico-degenerativas, configura-se como um importante problema de saúde pública. Segundo as últimas estimativas mundiais, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com incidência maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos (INCA, 2015a).

No Brasil, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CCU é o mais incidente na região Norte (23,97/ 100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (20,72/ 100 mil) e Nordeste (19,49/ 100 mil), ocupa a segunda posição. Na região Sudeste (11,30/100 mil), é o terceiro e, na região Sul (15,17 /100 mil), o quinto mais frequente (INCA, 2015a).

Para o ano de 2016, são esperados 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. No Ceará, não considerando os tumores de pele não melanoma, estima-se que seja o segundo mais frequente entre as mulheres, com uma taxa bruta de incidência de 21,47/ 100 mil em Fortaleza, capital do estado (INCA, 2015a).

A comunidade científica tem realizado investigações sobre o câncer do colo uterino nas mais distintas populações femininas, como: adolescentes, estudantes e docentes universitárias, idosas, presidiárias, indígenas e prostitutas (ARRUDA *et al.*, 2013), (SILVA; DISCACCIATI, 2013), (OLIVEIRA *et al.*, 2009), (FONSÊCA; GODOI; SILVA, 2010), (ANJOS *et al.*, 2013), (RODRIGUES *et al.*, 2014), (LÓPEZ-OLMOS; TERRADEZ; GASULL, 2009), respectivamente.

Ainda sobre os estudos nessa área, constatou-se que pesquisadores têm utilizado o inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática), pois permite medir o que uma população sabe, pensa e como atua em relação a determinado problema. Tal instrumento pode ser adaptado a diferentes contextos, possibilitando um diagnóstico populacional referente ao assunto e identificação de possíveis caminhos para uma futura intervenção mais eficaz (KALIYAPERUMAL, 2004).

Ribeiro *et al.* (2013) desenvolveram um estudo com 143 acadêmicas do curso de enfermagem de uma universidade pública da cidade de Picos-Piauí, cujo objetivo foi analisar o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de Papanicolaou. As autoras encontraram como resultados: quanto ao conhecimento sobre o exame, apenas 40 (28%) foram classificadas com um conhecimento adequado; já em relação à atitude e à prática, o percentual foi 106 (74,1%) e 75 (52,4%), respectivamente. As pesquisadoras concluíram que, mesmo se tratando de uma população do curso da área da saúde, o conhecimento acerca do exame necessita ser revisto, com mais atividades de promoção da saúde dentro do ambiente universitário.

Estudo realizado por Vasconcelos *et al.* (2011), na cidade de Fortaleza-Ceará, objetivou avaliar o conhecimento, a atitude e a prática acerca do exame colpocitológico com 250 mulheres. Os resultados apontaram que o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame foram adequados em 40,4, 28 e 67,6% das entrevistadas, respectivamente.

Por sua vez, Albuquerque *et al.* (2014) realizaram um amplo estudo com 493 mulheres, na cidade de Floriano-Piauí, cujo objetivo principal foi avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao teste de Papanicolaou. Os resultados apontaram que os graus de adequação dos conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao exame foram de 36,7%, 67,2% e 69,6%, respectivamente. Os autores concluíram ainda que as mulheres que realizam consultas periodicamente apresentam prática mais adequada, porém com baixa adequação de conhecimentos frente ao procedimento, sugerindo que não estejam recebendo as informações adequadas sobre os benefícios da realização periódica do exame de Papanicolaou.

Ao particularizar para as gestantes, há estimativas de incidência do câncer do colo uterino numa relação de 1 para aproximadamente 2000 mil gravidezes (WANG *et al.*, 2015). A literatura tem, também, evidenciado que a prevalência do CCU na gravidez situa-se em torno de 5% (BRENNAN; GUEDES; MARIANI NETO, 2002). Estudo realizado por Novais e Laganá (2009), em São Paulo- São Paulo, com 191 mulheres, encontrou que a prevalência do CCU na gestação foi de 5,7% (NOVAIS; LAGANÁ, 2009). As autoras concluíram que a maioria estava entre 30 e 49 anos de idade no momento do diagnóstico e todos os casos estudados apresentaram antecedentes de HPV (papilomavírus humano). Além disso, reiteram que as publicações sobre a temática são escassas e sem estatísticas atualizadas no Brasil.

As mulheres grávidas, conforme evidências atuais, apresentam maior chance de desenvolver lesões diagnosticadas em fase inicial no rastreamento dessa neoplasia, já que há mais procura pelo serviço de saúde. Ainda assim, constatou-se, em estudo prévio, que 36% das mulheres nunca tinham realizado a colpocitologia oncótica mesmo após o pré-natal, inferindo a necessidade de aumentar a cobertura para esse exame nas gestantes, não perdendo essa oportunidade, talvez a única, melhorando a qualidade dos cuidados prestados durante o período gestacional (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Além disso, buscas realizadas nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Scopus e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), no período de abril a maio de 2015, através dos descritores controlados presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: "conhecimentos, atitudes e prática em saúde", "neoplasias do colo do útero" e "gestantes", demonstraram que a produção científica com amostras significativas e dados robustos sobre o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes, no que se refere ao exame preventivo do câncer do colo uterino, na cidade de Fortaleza, é escassa, fato esse que corrobora para o desenvolvimento do presente trabalho dissertativo.

Dessa forma, levando em consideração: que o câncer em geral vem aumentando consideravelmente em toda a população; que o CCU é considerado um sério problema de saúde pública e o segundo tipo mais frequente entre as cearenses; que a prática vivenciada na Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, na qual a proponente deste trabalho dissertativo desenvolve suas atividades profissionais como enfermeira, tem demonstrado que as gestantes não têm realizado o exame durante o pré-natal; que há poucos estudos sobre a temática com dados significativos na capital cearense, é que se justifica a realização da presente pesquisa, cujo objetivo geral é analisar o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino em Fortaleza.

A relevância desse estudo está no fato que, de posse desses dados, os profissionais de saúde, especialmente aqueles da Atenção Primária à Saúde, terão subsídios para planejar ações e implementar estratégias de intervenção que possam aumentar, significativamente, a adesão ao exame Papanicolaou no período pré-natal. Assim, espera-se que sejam potencializadas as ações de promoção da saúde direcionadas às mulheres e, com isso, seja garantida uma assistência pré-natal de qualidade, focada no empoderamento dos sujeitos envolvidos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino em Fortaleza.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Associar o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino com as variáveis sociodemográficas e da história reprodutiva;
- Comparar o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino entre as seis regionais da capital cearense.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E SUA INTERFACE COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As ações direcionadas à saúde da mulher, incorporadas às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX, abrangiam inicialmente os atendimentos voltados à gestação e ao parto. Segundo essa proposta, a mulher necessitava de atenção somente durante o período do pré-natal, parto e amamentação.

Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal (BRASIL, 2004, p.15).

Dessa forma, os cuidados eram restritos ao ciclo gravídico-puerperal, ficando a mulher sem assistência durante a maior parte de sua vida. Esses programas foram combatidos fortemente pelo movimento feminista que, no final da década de 70 e início dos anos 80, colocou-se no debate, defendendo o direito de sua cidadania (D'OLIVEIRA; SENNA, 2000).

A participação das mulheres na luta por seus direitos e melhores condições de vida revelou as desigualdades existentes nas relações entre os homens e mulheres. Além disso, expôs problemas relacionados à anticoncepção e dificuldades na prevenção de DST, e sobrecarga do trabalho feminino, responsável pelos afazeres domésticos e atenção aos filhos (BRASIL, 2004).

As mulheres engajadas criticavam e argumentavam a necessidade de uma política revolucionária e promotora de mudanças na sociedade. Esse movimento reivindicava, de uma forma geral, transformações nas relações sociais e ações que abrangessem as especificidades de diferentes grupos populacionais. Lutavam por uma assistência de melhoria das condições de saúde da mulher em todas as fases de sua vida.

O crescente engajamento das mulheres e suas lutas contribuíram terminantemente nas decisões governamentais e no processo de redemocratização do país. A população feminina conquistava ações específicas de sua cidadania, enfatizando a responsabilidade social na garantia dos direitos (D'OLIVEIRA; SENNA, 2000).

O Ministério da Saúde, nesse contexto, elaborou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, pretendendo atender às demandas globais da população feminina, além daquelas relacionadas a sua função reprodutora (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM é, no Brasil, uma das mais importantes políticas públicas na área da saúde, quando estabelece em suas linhas de ação e estratégias um modelo assistencial em cujo contexto se incluem a integralidade e equidade (GALVÃO; DIAZ, 1999, p. 152).

As atividades do programa são constituídas de um conjunto, conforme Galvão e Diaz (1999, p.155): “... de ações educativas, preventivas, de diagnose, tratamento e/ou recuperação, que aplicadas integral e permanentemente, objetivavam a melhoria da saúde da população feminina”.

No entanto, o PAISM sofreu várias críticas por não conseguir atender à totalidade de suas ações, não alcançando o impacto esperado na melhoria dos indicadores epidemiológicos e condições de saúde da mulher. Seriam necessárias mudanças nos processos de trabalho de serviço público, com gerência participativa e atuação da comunidade (GALVÃO; DIAZ, 1999; OLIVEIRA; LOPES, 2003).

Não se pode deixar de destacar que a gestação é uma fase do ciclo de vida da mulher que traz consigo mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. Nesse sentido, a gestante necessita de atenção qualificada, abordando inclusive aspectos psicossociais e as atividades preventivas e educativas, propiciando o parto de um recém-nascido saudável e sem risco para saúde materna (BRASIL, 2012a).

Nesse contexto, e levando em consideração o parágrafo anterior, destaca-se que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000, buscou adotar medidas que assegurassem o direito à cidadania, a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal, seguindo as propostas da política de humanização no atendimento (BRASIL, 2002a).

Por sua vez, dando continuidade e buscando oferecer um plano de assistência que atendesse às exigências em todas as fases de vida da mulher, o governo lançou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com o HIV/ aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004, p.5).

As mais diversas mulheres, dentre elas as que viviam ou trabalhavam na zona rural, com deficiências, idosas, indígenas, negras, presidiárias e lésbicas contavam, no planejamento das ações, com propostas que atendessem às suas necessidades e especificidades. Esse plano ainda almejou o fortalecimento da participação e do controle social através da integração com movimentos feministas no aperfeiçoamento e implementação das políticas de atenção à saúde da mulher.

Cabe destacar que reduzir a mortalidade por câncer, entre as mulheres, foi um dos muitos objetivos propostos. Com essa política nacional, o governo buscou a ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS) e a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todo território nacional (BRASIL, 2004).

A mulher, em sua crescente inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, com as mais profundas mudanças no estilo de vida, dentre elas a prorrogação da gestação para idades mais avançadas, contribuiu para uma mudança no perfil epidemiológico das doenças no gênero feminino, sugerindo um crescente aumento na incidência da associação câncer/gestação, bem como evidências de câncer em mulheres jovens (BRASIL, 2004; LIMA *et al.*, 2009).

Dentro desse contexto, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituiu-se, por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha, consistindo numa rede de cuidados que tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, tendo, entre seus princípios, a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2011). No meio desses exames, pode-se citar a colpocitologia oncótica (exame de Papanicolaou), podendo ser realizada em qualquer período durante a gestação, de preferência até o sétimo mês (BRASIL, 2012a).

Como dito anteriormente, reitera-se que a redução da morbimortalidade por câncer do colo do útero tem sido um dos objetivos das políticas de saúde no Brasil. Durante o acompanhamento do pré-natal, os profissionais de saúde devem estar atentos e capacitados para prestar uma assistência que busque o cuidado integral à mulher.

Quando se busca fazer uma interface entre a Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Estratégia Saúde da Família (ESF), torna-se necessário, inicialmente, destacar que essa estratégia tem como propósito a reorganização da atenção básica no País, mantendo coerência com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012b).

Desde sua origem, a ESF foi concebida para fortalecer a atenção primária como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das suas práticas. É, na verdade, um modelo de atenção construído operacionalmente na esfera comunitária e focado na unidade familiar (SOUZA; HAMANN, 2009).

Por sua vez, a família pode ser considerada como o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco na unidade doméstica, sendo o domicílio particular a pessoa que mora sozinha; ou o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência (IBGE, 2010).

Para Fernandes e Curra (2006), a família é um sistema dinâmico, aberto e complexo, cujos membros pertencem a um mesmo contexto social compartilhado, lugar do reconhecimento da diferença e do aprendizado quanto ao unir-se ou separar-se e sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade.

O que não se pode deixar de considerar é o fato de que a família deve ser atendida de forma integral pela ESF. Os profissionais que atuam na estratégia devem conhecer e compreender todas as famílias que estão em seus territórios de adscrição, identificando os problemas de saúde prevalentes, assim como as suas necessidades, buscando acima de tudo atuar de forma eficiente e eficaz (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

No que se refere à integralidade na atenção à saúde das mulheres, esta pode ser compreendida como a “concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas” (COELHO *et al.*, 2009, p. 155).

É de suma importância destacar que, atualmente, a mulher é atendida na ESF através de ações que abordam temas relacionados à adolescência, anticoncepção, infecções sexualmente transmissíveis, gestação e puerpério, prevenção e tratamento de problemas odontológicos, prevenção de doenças crônico-degenerativas e climatério. Assim, as atividades desenvolvidas vão além da visão reducionista do ser feminino e da sua função reprodutora.

Percebe-se, então, que a ESF, em sua essência, caracteriza-se como uma proposta que possibilita, de forma humanizada, a atenção integral e contínua, diferentemente da prática meramente curativa, priorizando e proporcionando ações educativas e atividade de proteção e

promoção à saúde. A família, de forma similar, passa a ser vista em sua totalidade, através de procedimentos que atendem distintas necessidades, dentre elas as do recém-nascido, idoso, sadios ou doentes, buscando a manutenção da saúde de seus membros e da comunidade em que vive.

3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: PROMOÇÃO DA SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) se caracteriza pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. O tipo histológico mais comum do câncer do colo do útero é o carcinoma de células escamosas, representando em torno de 80% dos casos, seguido pelo tipo adenocarcinoma (BRASIL, 2013).

Destaca-se que o CCU se constitui em um sério problema de saúde pública, uma vez que cerca de 85% dos casos ocorrem nos países menos desenvolvidos e com variação na mortalidade de 18 vezes entre as diferentes regiões do mundo, com taxas de menos de 2 por 100.000 na Ásia Ocidental e de 27,6 na África oriental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O CCU começa, em geral, a partir dos 30 anos de idade e sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa etária de 50 a 60 anos (INCA, 2014). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se que o CCU, no Brasil, seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, sendo superado pelo câncer de mama e do cólon e reto. Para o ano de 2016, é estimada a ocorrência de 16.340 novos casos no país. Cabe destacar que, sem considerar os tumores de pele não-melanoma, o CCU é o mais incidente na região norte, o segundo nas regiões centro-oeste e nordeste, o terceiro na região sudeste, e o quinto na região sul (INCA, 2015a).

No que se refere à mortalidade, esta é crescente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais. Com taxa ajustada por idade e pela população mundial de 2010, a região norte apresenta os maiores valores do país, que é de 11,51 mortes por 100.000 mulheres, no ano de 2013. Em seguida estão, neste mesmo ano, as regiões nordeste (5,83/100 mil), centro-oeste (5,63/100 mil), sul (4,39/100 mil) e sudeste (3,59/100 mil). No Ceará, a taxa é de 5,37 (100mil), e na capital do estado é de 6,03 (100 mil) para o mesmo período (INCA, 2015b).

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é o principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau (lesões precursoras do câncer do colo do útero) e do CCU. Existem hoje 13 tipos de HPV reconhecidos como oncogênicos pela *International Agency for Research on Cancer* (Agência Internacional para Pesquisa em Câncer). Desses, os mais comuns são o HPV 16 e o 18, responsáveis por cerca de 70% dos casos desse tipo de câncer. No entanto, a infecção isoladamente não representa uma causa suficiente para o surgimento da neoplasia, sendo necessária sua persistência (INCA, 2014).

Como fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), ainda são apontados elementos ligados à imunidade, à genética, ao comportamento sexual, à idade e ao hábito de fumar como influenciadores dos mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer (PESSINI; SILVEIRA, 2004; BRASIL, 2013).

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão precursora, curável em quase todos os casos. Trata-se de anormalidades epiteliais conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III (NIC II/III), além do adenocarcinoma in situ (AIS). Apesar de muitas dessas lesões poderem regredir espontaneamente, sua probabilidade de progressão é maior, justificando seu tratamento. Já a NIC I, por ter maior probabilidade de regressão ou persistência do que de progressão, não é considerada uma lesão precursora do câncer do colo do útero (BRASIL, 2013).

Importante destacar que a doença em sua fase inicial raramente produz sintomas. Como a infecção ativa pelo HPV se faz frequentemente presente, pode levar à ocorrência de corrimento vaginal fétido oriundo das verrugas vaginais. O sintoma mais comum que ocorre nas mulheres com câncer do colo é a hemorragia vaginal, que se dá principalmente no pós-coito, podendo ocorrer perda sanguínea irregular ou na pós-menopausa. Quando ocorre esse sintoma, o estágio já pode estar bem avançado. Outro acontecimento é a secreção vaginal que aumenta gradualmente, tornando-se aquosa e, por fim, de tonalidade escura e com odor fétido devido à necrose e infecção do tumor (BEREK; ADASHI; HILLARD, 2005).

Com o avanço do câncer, pode ocorrer invasão de tecidos além do colo, incluindo o fundo. Caso nervos nessa região sejam afetados, dores torturantes serão produzidas nas pernas e coxas. Na progressão da doença, conforme Smeltzer e Bare (2002, p. 1187), "... ela frequentemente produz edemaciação e anemias extremas, usualmente acompanhadas por febre, devido à infecção secundária e abscessos na massa ulcerante". Quando o câncer atinge esse patamar, o tratamento é muito dispendioso e a cura difícil, podendo levar ao óbito.

Para evitar o desenvolvimento de todo esse quadro, a saída seria aliar a prevenção à educação. O câncer do colo uterino, uma doença de evolução lenta, e a detecção precoce feita por meio de um exame simples, juntamente com a orientação para redução dos fatores de risco como atividades comportamentais, proporcionariam um tratamento precoce e eficaz e diminuição de novos casos.

Nessa perspectiva, se faz importante fazer, aqui, uma ligação entre o CCU e a Promoção da Saúde.

Inicialmente, em 2006, foi lançada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Promoção da Saúde, na qual se entende que:

"[...] a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas" (BRASIL, 2006, p.12).

As ações de controle do CCU se iniciam com a promoção da saúde. O direito à informação e a redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde são questões centrais a serem garantidas mediante ações intersetoriais que qualifiquem o Sistema Único de Saúde (SUS). Acrescenta-se que a educação em saúde, o vínculo com o usuário e o trabalho humanizado corroboram para a autonomia dos sujeitos, no sentido de torná-los ativos na manutenção da sua saúde (BRASIL, 2006).

Em um estudo feito por Lopes *et al.* (2013), os autores relataram que profissionais da ESF percebem a promoção da saúde com visão reduzida para prevenção e tratamento de doenças, ou ainda associada ao repasse de conhecimento em sessões educativas com diálogo e interação, relacionados à qualidade de vida, sinalizando aproximação com os preceitos do conceito ampliado de promoção de saúde. Assim, defende-se que os profissionais fortaleçam em suas práticas a capacidade de autonomia dos indivíduos, famílias e grupos para o alcance de objetivos pessoais de serem saudáveis e sociais, de agir no grupo para transformação social.

Dentro desse cenário, cabe destacar a importância da humanização, sendo esta compreendida, no contexto da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS, como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo

dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2013).

Dentre as ferramentas instituídas para operacionalizar essa política de humanização, destaca-se o “acolhimento”, caracterizando como um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde de forma a dar atenção a todos (as) que procuram os serviços de saúde, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas com os (as) usuários (as) (BRASIL, 2010a).

Conforme menciona o Ministério da Saúde, "acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções" (BRASIL, 2013, p. 22). A equipe de saúde deve valorizar as queixas e inquietações da mulher, mostrar disponibilidade para ouvi-la, não subestimar suas preocupações e aproveitar sua presença para esclarecimentos e informações, reconhecendo seus direitos.

Além disso, outro ponto a ser destacado deve ser a prevenção do CCU. O termo prevenção pode ser entendido como todo ato que tem impacto na redução de mortalidade e morbidade das pessoas (BRASIL, 2010b). Czeresnia (2003, p.45) afirma que: “as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações”.

A prevenção primária é a ação que visa à remoção de causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, o tratamento de água para consumo humano) (BRASIL, 2010b). Em relação ao câncer do colo do útero, a prevenção primária relaciona-se à diminuição do risco de contágio pelo HPV (BRASIL, 2013).

Atualmente, há duas vacinas profiláticas contra o HPV aprovadas e comercialmente disponíveis no Brasil, ambas eficazes contra as lesões precursoras do câncer do colo do útero, principalmente se utilizadas antes do contato com o vírus (antes do início da vida sexual). São elas: a bivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18; e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 e os tipos oncogênicos 16 e 18 (BRASIL, 2013).

Em 2014, o Ministério da Saúde integrou na rotina de vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), no SUS, a vacinação gratuita de meninas de 9 a 13 anos com a vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – HPV (BRASIL, 2014a). A

vacinação, contudo, não exclui as ações de prevenção e de detecção precoce pelo rastreamento, que busca lesões precursoras e câncer em mulheres sem sintomas (INCA, 2014).

A prevenção secundária é a intervenção a fim de detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: diagnóstico precoce e rastreamento) (BRASIL, 2010b).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), no diagnóstico precoce é realizada a abordagem de indivíduos com sinais e/ou sintomas da doença, e no rastreamento é feita a aplicação de um teste ou exame em uma população aparentemente saudável, assintomática, com o intuito de identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento.

3.2.1 O exame preventivo do câncer do colo do útero

O exame preventivo do CCU é comumente conhecido como Papanicolaou e pode apresentar outros nomes: exame de lâmina, exame citológico, colpocitologia oncótica, citologia cervicovaginal ou exame citopatológico. Esse exame foi introduzido por George Papanicolaou e Hebert F. Traut, em 1943. O acesso fácil ao colo do útero e suas características morfológicas e funcionais permitiram a Papanicolaou desenvolver as técnicas e interpretações da citologia oncótica (SILVEIRA; PESSINI, 2000).

A realização periódica do referido exame continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero. Para a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80%, e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do CCU foi reduzida em torno de 80% onde o Papanicolaou foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, a realização do exame Papanicolaou é o principal método de rastreamento do câncer do colo uterino e de suas lesões precursoras em mulheres de 25 a 64 anos (INCA, 2014). Recomenda-se que o intervalo entre os exames deva 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 com seguimento até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2013).

Já 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 anos. No caso de ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais. Salienta-se que essas recomendações não se aplicam às mulheres com história anterior de lesões precursoras de câncer do colo uterino ou imunossuprimidas (BRASIL, 2013).

Particularizando às gestantes, essas têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores. O achado destas lesões durante o ciclo grávido puerperal reflete a oportunidade do rastreamento durante o pré-natal (HUNTER; MONK; TEWARI, 2008). O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária indicadas para as demais mulheres (BRASIL, 2013). Logo, o período gestacional caracteriza-se como um importante momento para o rastreamento deste tipo de câncer, não deixando de aproveitar esse tempo da vida da mulher para realizá-lo.

A realização do Papanicolaou deve ocorrer na própria unidade básica de saúde, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. Para que haja sucesso nas ações de rastreamento, é fundamental que esse exame tenha qualidade e, conseqüentemente, a coleta, o acondicionamento e o transporte das amostras conduzidos de forma adequada.

Um esfregaço satisfatório para avaliação oncótica implica a presença de células em quantidade representativa, fixadas, coradas e bem distribuídas, na qual sua visualização permita uma conclusão diagnóstica. É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço) ou pela presença significativa de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular (>75% do esfregaço) (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde recomenda que, antes da realização da coleta, a fim de atender a adequabilidade do material a ser colhido, as mulheres devem ser esclarecidas a seguir alguns cuidados prévios (BRASIL, 2013):

- a utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais deve ser evitada por 48 horas antes da coleta, porque essas substâncias recobrem os elementos celulares, o que dificulta a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra para o exame citopatológico;

- a realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta, pois é utilizado gel para a introdução do transdutor;

- 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. No entanto, na existência de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é mandatório e a coleta, se indicada, pode ser realizada;

- embora usual, a recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só se justifica quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática, a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica.

De início, o preenchimento adequado do formulário de requisição do exame citopatológico e da lâmina, com uso de letras legíveis e com todas as informações pessoais da paciente e da unidade de saúde, é fundamental durante a consulta ginecológica (BRASIL, 2002b).

Para proceder à coleta do material para o exame, a mulher deve ser colocada na posição ginecológica, o mais confortável possível. O profissional, sob boa iluminação, deve inspecionar os órgãos genitais externos, observando atentamente a distribuição dos pelos, integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações (BRASIL, 2013).

Em seguida, o espéculo, com tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada, deve ser introduzido suavemente, observando o aspecto da vagina e do colo uterino e presença de secreções. Utilizando a extremidade mais alongada da espátula de Ayre no canal, faz-se um círculo completo em torno do orifício cervical para obter amostra da ectocérvice. Para colheita da endocérvice, utiliza-se a escova endocervical. O material colhido das duas regiões pode ser disposto na mesma lâmina em sentidos diferentes. Imediatamente após, faz-se a fixação do esfregaço com álcool a 96% ou jato de spray fixador. A lâmina, depois de acondicionada, é enviada ao laboratório juntamente com o formulário de requisição preenchido anteriormente à coleta. Durante a consulta, deve ser enfatizada, ainda, a importância do retorno para o resultado, e que, ela, se possível, agende-o de acordo com a rotina da unidade básica de saúde (BRASIL, 2013).

A medicina baseada em evidências, designação atribuída à atividade que avalia cientificamente a eficácia e efetividade das intervenções em saúde, revela que algumas práticas tradicionalmente aceitas e que, a princípio, fazem sentido para os profissionais, têm pouco impacto em termos de resultados sobre a morbidade e a mortalidade. Em relação ao

rastreamento do CCU, alguns serviços de saúde seguem utilizando lugol e ácido acético durante a realização do Papanicolaou, no entanto ambos são desnecessários, visto que o padrão-ouro é a avaliação citopatológica do material colhido. Esses mesmos produtos são utilizados com propriedade, por exemplo, no caso da colposcopia, para auxiliar a identificação de lesões suspeitas (BRASIL, 2010b).

3.3 CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE MULHERES EM RELAÇÃO AO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: ALGUMAS INVESTIGAÇÕES.

A comunidade científica tem realizado investigações sobre o conhecimento, a atitude e a prática acerca do exame preventivo do câncer do colo uterino. Através de buscas realizadas nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Scopus e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), utilizando os descritores controlados presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: "saúde da mulher"[Women's Health], "neoplasias do colo do útero"[Uterine Cervical Neoplasms], "conhecimentos, atitudes e prática em saúde"[Health Knowledge, Attitudes, Practice] ou "Teste de Papanicolaou"[Papanicolaou Test], pode-se encontrar pesquisas realizadas em diversos países e nas mais distintas populações femininas.

Na Ásia, estudo realizado por Al Sairafi e Mohamed (2009), na região do Hawalli, no Kuwait, com 281 mulheres, identificou que o conhecimento, a atitude e a prática foram adequados para 147 (52,3%), 86 (30,6%) e 67 (23,8%) das participantes, respectivamente. Os autores concluíram a investigação afirmando que a educação em saúde bem concebida é uma das ferramentas que poderiam aumentar a cobertura e realização do exame pelas mulheres no país.

El-Hammasi *et al.* (2009) também realizaram um estudo no Kuwait, com 299 mulheres. O objetivo da pesquisa foi estimar a prevalência do Papanicolaou entre mulheres no Kuwait e avaliar o conhecimento e atitude em relação a esse exame. Os autores encontraram que 25% das mulheres haviam relatado que o exame de Papanicolaou tinha como finalidade a detecção de alterações celulares do colo uterino; 22% nunca tinham ouvido falar do exame e 44% delas pensavam que o motivo para fazê-lo era detectar, apenas, infecções vaginais. Em relação à prática, apenas 37% delas haviam realizado pelo menos um teste de Papanicolaou.

Dessas, por volta de 32% tinham feito há um ano e cerca de 41%, entre 1 e 3 anos. Os autores associaram, significativamente, o nível de conhecimento sobre o CCU com a realização do teste de Papanicolaou. Os estudiosos finalizaram considerando que, embora a incidência e a mortalidade por câncer cervical fossem relativamente baixas no Kuwait, a relação de mulheres que realizaram pelo menos um exame de Papanicolaou na vida foi consideravelmente mais baixa em comparação com os países desenvolvidos.

Sichanh *et al.* (2014) desenvolveram uma pesquisa em três províncias da República Democrática Popular Lau, com 320 mulheres, divididas em dois grupos: 160 dessas convivendo com o vírus do HIV e acompanhadas em um centro de tratamento; e 160 residentes na mesma região, mas sem estarem infectadas por esse vírus. Observou-se que o conhecimento sobre fatores de risco para CCU e exame preventivo foi baixo em ambos os grupos e que 14,9% não acreditavam que fosse necessária a realização do exame como método preventivo. Apenas 3,9% das participantes tinham realizado pelo menos um teste de Papanicolaou (5,6% das mulheres HIV positivas e 2,2% das que não conviviam com esse vírus). Os autores concluíram que, em Lau, as consultas de rotina em centros de tratamento do HIV não são suficientemente aproveitadas para informar às mulheres do risco de desenvolver câncer cervical, realização de exame de rastreio e tratamento de lesões pré-cancerígenas. A implementação desta estratégia eficaz em termos de custos poderia ser o primeiro passo em direção a um programa nacional de prevenção de câncer cervical.

Já na Europa, Ideström, Milsom e Andersson-ellström (2002) realizaram uma investigação em Värmland, província histórica da Suécia, com 275 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, identificando que 95% já haviam realizado algum teste de Papanicolaou. Mesmo assim, um terço delas não estava ciente de que tipo de câncer estava sendo rastreado e apenas metade associavam displasia/ câncer do colo do útero a fatores de estilo de vida. Constataram que o conhecimento sobre o exame é melhor em mulheres mais velhas. Os autores concluíram que, apesar da imensa maioria já ter realizado o exame e seguir as recomendações no programa de rastreio mesmo sem o conhecimento adequado, é particularmente importante proporcionar melhores informações. Uma maior divulgação e utilização dos meios de comunicação podem se revelar eficazes, esclarecendo sobre os fatores de risco, a fim de dar às mulheres a oportunidade de ter hábitos saudáveis.

Por sua vez, na África, estudo realizado por Lartey, Joubert e Cronje (2003), com 538 mulheres, objetivou avaliar o conhecimento, atitudes e práticas em relação ao exame de Papanicolaou entre mulheres em um cenário rural típico. Os autores constataram que cerca de dois terços das mulheres (63,6%) tinham ouvido falar no exame preventivo do CCU. Dessas,

a maioria tinha atitude adequada. Já em relação à prática, apenas 55,6% dessas mulheres que conheciam o exame haviam feito pelo menos um durante a vida. Os autores concluíram que as mulheres se mostram equivocadas em relação ao exame e que apenas metade das que já tinham ouvido falar sobre o Papanicolaou chegou a realizá-lo. Reiteram a priorização da educação na população e o aumento da motivação dos enfermeiros de cuidados primários de saúde para executarem o rastreio.

Em Uganda, Mutyaba, Mmiro e Weiderpass (2006) realizaram pesquisa em um hospital de Kampala envolvendo 288 trabalhadores de saúde, como médicos, enfermeiras e estudantes do último ano de medicina. O objetivo das autoras era descrever o conhecimento, atitudes e práticas em relação ao CCU e ao exame preventivo entre os trabalhadores de saúde do hospital Mulago. Elas constataram que 93% dos sujeitos consideraram o CCU como um problema de saúde pública e que 83% tinham conhecimento adequado sobre o teste de Papanicolaou. Observaram, ainda, que menos de 40% conheciam os fatores de risco para a doença e o intervalo de realização do exame preventivo. Além disso, 65% dos sujeitos entrevistados, do gênero feminino, não se sentiam susceptível ao CCU e 81% nunca havia realizado o exame na vida. As autoras concluíram que, apesar do conhecimento da gravidade da doença e da medida de rastreio pelo Papanicolaou, a atitude e a prática foram negativas. Redisseram que os profissionais de saúde não estão tendo interesse em realizar seus próprios exames. Dessa forma, se faz necessário entender a atitude e a prática desses trabalhadores de saúde e identificar possíveis intervenções para modificá-las.

Na Nigéria, Asuzu, Unegbu e Akin-Odanye (2012) desenvolveram um estudo com 302 funcionárias da Universidade de Ibadan, sendo metade dessas docentes, com o objetivo de descobrir o conhecimento, atitude e práticas dessas mulheres trabalhadoras da universidade para com o CCU como um grupo de liderança local em direção à prevenção do câncer. Os resultados mostraram que, entre as entrevistadas, 79,1% tinham conhecimento adequado sobre a doença, sendo o corpo docente significativamente mais conhecedor do CCU do que as funcionárias não docentes. Em relação à atitude, essa foi adequada para 232 participantes (76,82%). Entretanto, com relação à prática, 73,5% nunca tinham realizado o Papanicolaou ou outro teste de rastreio. As autoras concluíram que há necessidade de mais educação e realização de exames preventivos nas funcionárias dessa universidade.

Nesse mesmo país, Ahmed *et al.* (2013) realizaram um estudo em Zaria com 240 mulheres inseridas no mercado de trabalho. O objetivo dessa investigação foi avaliar o conhecimento, a atitude e a prática do exame preventivo do CCU entre mulheres que trabalham no principal mercado de Sabon Gari, Zaria. Os autores do estudo constataram que

43,5% das mulheres apresentavam um bom conhecimento acerca do CCU. No entanto, foi constatado deficiência em relação aos fatores de risco para a neoplasia. A atitude com relação ao exame de Papanicolaou foi adequada para 80,4%, mas a prática foi baixa (15,4%). Os estudiosos finalizam pontuando que, nessa investigação, houve um conhecimento adequado da doença e do exame preventivo pelas nigerianas, todavia a sua prática foi inadequada.

Outro estudo africano, desenvolvido por Ali-Risasi *et al.* (2014), em Kinshasa, capital da República Democrática do Congo, com 524 mulheres com idade entre 16 e 78 anos, não encontrou relação significativa do conhecimento com a prática do exame preventivo do CCU. Embora 84% das mulheres tivessem ouvido falar da doença, apenas 9% haviam realizado pelo menos uma vez o teste de Papanicolaou. Os resultados revelaram um baixo nível de conhecimento, atitude e prática sobre o câncer do colo uterino em mulheres de Kinshasa. Enfatizaram, ainda, que aumentar a consciência das mulheres sobre o CCU e seu exame preventivo seria um primeiro passo na longa caminhada para a diminuição da incidência e mortalidade por essa doença.

Na América do Norte também foram desenvolvidas pesquisas sobre a temática. Um exemplo foi um inquérito telefônico realizado por Nguyen *et al.* (2002) abordando mulheres do Vietnã que moravam na Califórnia e no Texas, Estados Unidos. Foi constatado que, das 1.566 participantes, 74% tinham ouvido falar do exame de Papanicolaou e 76% delas haviam realizado, na vida, pelo menos um exame. Apenas 42% daquelas que nunca se submeteram ao exame tinham a pretensão em fazê-lo. Os pesquisadores chegaram à conclusão de que mulheres vietnamitas que residem nos Estados Unidos têm baixos conhecimento, atitude e prática em relação ao exame, sendo a interação médico-paciente um determinante importante. Há necessidade que esforços sejam despendidos a fim de que os médicos ofereçam o teste de Papanicolaou e incentivem as mulheres a pedir para realizá-lo.

Ainda nos Estados Unidos, Hawkins *et al.* (2011) fizeram uma pesquisa com 2.991 mulheres com idade igual ou maior de 18 anos, cujo objetivo foi avaliar o conhecimento do exame de Papanicolaou e de sua finalidade e a realização do mesmo, como também verificar diferenças do conhecimento e da prática associadas às características demográficas. Os autores identificaram que, embora 96,7% das participantes tivessem ouvido falar do Papanicolaou e 93,0% relataram pelo menos um exame na sua vida, essas proporções foram menores entre aquelas com idade entre 18 e 34 anos ou com níveis mais baixos de educação e renda. Mais de 80% das mulheres investigadas sabiam que o exame preventivo era para detectar o CCU, mas acreditavam, também, que sua finalidade era a detecção do câncer vaginal, DST, câncer de ovário ou outras neoplasias e infecções. Os autores concluíram que a

familiaridade e prática do exame preventivo eram altas, todavia equívocos sobre o seu real propósito foram predominantes. Reiteraram a importância das mulheres entenderem o que é o teste de Papanicolaou e o que ele é e não é capaz de detectar, de modo que os sinais e sintomas do CCU e de outras condições ginecológicas possam ser reconhecidas e abordadas de forma adequada.

No Canadá, especificamente em Nunavik, Quebec, estudo feito por Cerigo *et al.* (2012), com 175 mulheres na faixa etária de 18 a 63 anos, constatou que a adequação para conhecimento, atitude e prática em relação ao exame de Papanicolaou foi de 46%, 59% e 80%, respectivamente. Os autores ressaltam que 30% das pacientes acreditavam que o exame era um teste para detecção de DST e que percentual significativo de 45% das mulheres acima de 35 anos relatou sentimento de constrangimento para a realização do Papanicolaou. As autoras chegaram à conclusão de que os profissionais e serviços de saúde em Nunavik devem estar cientes das prováveis barreiras de atendimento para realização do exame, especialmente nos grupos etários mais velhos. Devido ao baixo conhecimento do CCU e do exame de Papanicolaou, a educação e estratégias de prevenção acerca dessa doença seriam benéficas.

Uma ampla investigação envolvendo 9.194 estudantes universitárias de 26 universidades de 25 países da Ásia, África e América, com idade entre 18 e 26 anos acerca da atitude e prática do exame preventivo do CCU, foi desenvolvida por Pengpid e Peltzer (2014). Foi observado que 11,6% das universitárias haviam realizado uma ou mais vezes o teste de Papanicolaou (8,3% entre as estudantes de 18 a 20 anos de idade e 15,6% entre estudantes de 21 a 26 anos de idade). Houve associação estatisticamente significativa entre a importância dada ao método de rastreio e sua prática. Os estudiosos enfatizaram que a atitude e prática foram consideradas inadequadas e que devem ser desenvolvidos programas a fim de aumentar a realização do exame preventivo.

Na América do Sul, pesquisadores do Peru entrevistaram 501 pacientes atendidas em um ambulatório de ginecologia de um hospital da capital do país, mostrando que a inadequação do conhecimento, da atitude e da prática em relação ao exame preventivo do CCU foi de 63%, 66% e 71%, respectivamente. Demonstraram, dessa forma, que, para todos os quesitos, os percentuais de insatisfatório foram elevados. Os autores finalizam revelando que melhor nível de conhecimento não está relacionado com a prática adequada e que há pouca difusão do exame Papanicolaou pelos meios de comunicação (BAZÁN; POSSO; GUTIÉRREZ, 2007).

Na Argentina, Gamarra, Paz e Griep (2005) realizaram um inquérito domiciliar com 200 mulheres, especificamente na localidade de Puerto Leoni, Misiones, com o objetivo

de avaliar os conhecimentos, atitudes e prática acerca do exame de Papanicolaou e verificar sua associação com variáveis sociodemográficas entre mulheres. Os pesquisadores identificaram que o conhecimento e a prática do exame de Papanicolaou foram adequados em 49,5% e 30,5% das entrevistadas, respectivamente, embora a atitude frente ao exame tenha sido considerada adequada em 80,5% das entrevistadas. Os resultados revelaram a necessidade, sobretudo entre os profissionais de saúde, de fornecerem mais informações sobre o exame, gerando conhecimento à população sobre as vantagens e benefícios do exame Papanicolaou.

Por sua vez, no Brasil, Brenna *et al.* (2001) realizaram um estudo com 138 mulheres atendidas no serviço de oncologia ginecológica de um hospital da cidade de São Paulo. O objetivo desse estudo foi analisar conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou e entender a não adesão das mulheres a este exame. Vale destacar que, dentre as 138 mulheres, 90 delas tinham diagnóstico histológico de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) de alto grau e 48 tinham câncer invasivo do colo uterino. Os estudiosos constataram que as mulheres com câncer invasivo tiveram prática mais inadequada do exame. No entanto, independente do diagnóstico, mais de 80% delas referiram desmotivação / vergonha, 60% relataram que os médicos não examinavam e cerca de 50% apontaram o tempo de espera para a consulta e a demora no agendamento como dificuldades para serem atendidas. A prática do exame dependeu da iniciativa do médico e a periodicidade da coleta foi determinada pela procura de consulta devido a sintomas. Os autores alertaram que as dificuldades sociais e econômicas para conseguir atendimento em saúde precisam ser consideradas para aumentar a prática do exame.

Outro estudo realizado na capital paulista, dessa vez conduzido por Cirino, Nichiata e Borges (2010), investigou 134 adolescentes de 14 a 19 anos, estudantes de uma escola pública. O objetivo do estudo foi identificar o conhecimento, atitude e prática na prevenção do câncer do colo uterino e infecção pelo HPV na população adolescente e avaliar as situações que as tornam vulneráveis. As autoras encontraram que a idade de iniciação sexual foi, em média, aos 14,8 anos. Foi observado, ainda, que metade das adolescentes não apresentava conhecimento adequado sobre a prevenção do CCU. Em relação à adesão ao Papanicolaou, foram consideradas as 87 adolescentes que afirmaram já ter tido relações sexuais. Constatou-se que 41 (47,1%) dessas adolescentes não havia feito nenhum exame de Papanicolaou, sendo que, para 31,4%, o desconhecimento foi o principal motivo da não realização do exame preventivo. As autoras concluíram que é necessário haver investimentos na educação sexual nas instituições de ensino e associar campanhas de Papanicolaou com

atividades educativas, com enfoque adequado a cada faixa etária e linguagem apropriada, quebrando mitos e desmistificando tabus.

Silva e Silva (2012) questionando 206 mulheres, usuárias de uma unidade básica de saúde na Zona Oeste, no município do Rio de Janeiro, identificaram que 92,5% das mulheres já ouviram falar do exame e 72,3% utilizam o exame adequadamente. Quanto à atitude, 77% das entrevistadas achavam necessária a realização do exame, mas 56% informaram ter feito poucos exames. As estudiosas apontam para a necessidade de desenvolvimento de ações em saúde com o objetivo de conscientizar a população feminina quanto às medidas de prevenção do câncer do colo uterino.

No nordeste brasileiro, Neri *et al.* (2013) realizaram uma investigação na cidade de Picos- Piauí, com 77 prostitutas entrevistadas em seu local de trabalho. Observaram que há inadequação no conhecimento das participantes, porém a atitude é apropriada, pois a quase totalidade (97,4%) afirmou que faria o exame Papanicolaou com maior frequência. As pesquisadoras reiteram a necessidade de engajamento dos enfermeiros na formulação de estratégias educativas que minimizem o déficit de conhecimento dessa população estudada sobre o Papanicolaou.

Por fim, Fernandes *et al.* (2009) desenvolveram um estudo com 267 mulheres, de 15 a 69 anos de idade, residentes no município de São José do Mipibu, no Rio Grande do Norte. O objetivo do estudo foi analisar conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres em relação ao exame citológico de Papanicolaou e a associação entre esses comportamentos e características sociodemográficas. Os resultados revelaram que, apesar de 46,1% das mulheres entrevistadas terem mostrado conhecimento adequado, proporções de adequação significativamente maiores foram observadas em relação às atitudes e à prática ao exame: 63,3% e 64,4%, respectivamente. As principais barreiras para a realização do exame relatadas foram descuido, falta de solicitação do exame pelo médico e vergonha. Os pesquisadores concluíram que as mulheres que vão às consultas com maior frequência, embora apresentem prática mais adequada do exame, possuem baixa adequação de conhecimento e atitude frente ao procedimento, sugerindo que não estejam recebendo as informações adequadas sobre o objetivo do exame, suas vantagens e benefícios para sua saúde.

Dessa forma, diante desses estudos levantados, pode-se perceber que, para muitas mulheres, existem lacunas em relação ao conhecimento do exame preventivo do CCU e sua finalidade, como também diversas delas não o realizaram nenhuma vez em sua vida. Não foram encontradas investigações acerca do conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em gestantes. Assim, demonstra-se que existe a necessidade de que sejam

desenvolvidas pesquisas sobre essa temática nessa população, uma vez que poderá contribuir para o fortalecimento das medidas de prevenção do CCU e melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal. Prodanov e Freitas (2013) consideram que, nas pesquisas quantitativas, tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Por sua vez, para Marconi e Lakatos (2007), os estudos quantitativos consistem em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos.

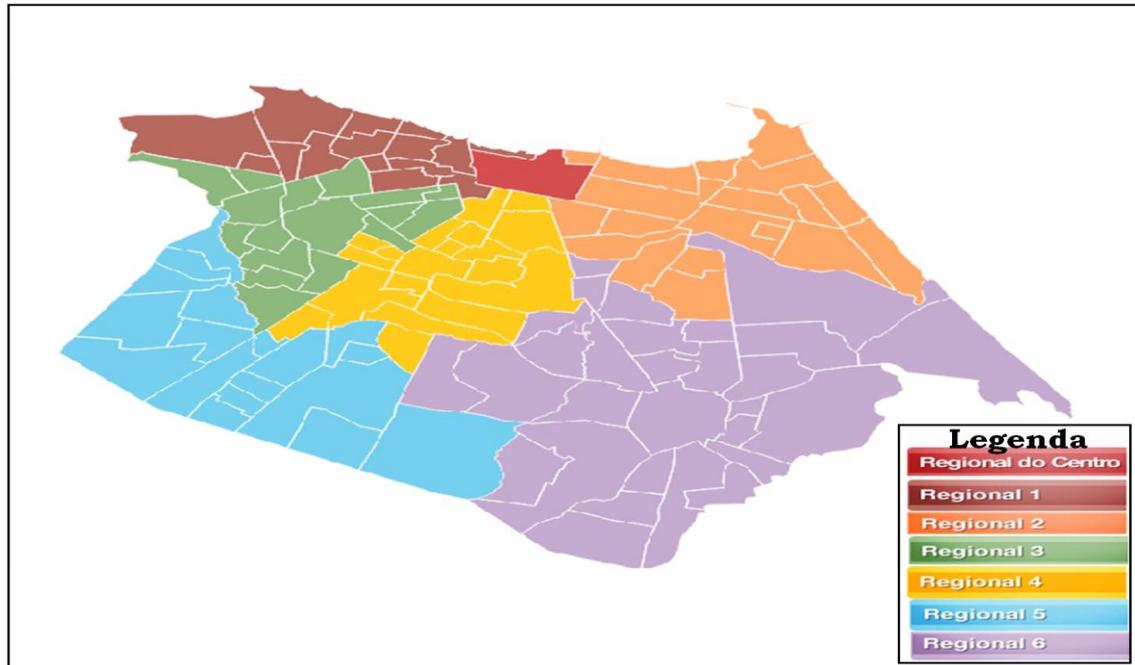
Já em um estudo transversal, todas as medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo. Na verdade, seleciona-se uma amostra da população e examinam-se as distribuições das variáveis dentro dessa amostra, designando as variáveis preditora e de desfecho com base na plausibilidade biológica e em informações de outras fontes (HULLEY *et al.*, 2008). Os inquéritos com delineamento transversal têm por objetivo medir a situação de saúde vigente e planejar alguns serviços de saúde, incluindo o estabelecimento de prioridade para o controle de doenças. Um exemplo disso são as diversas pesquisas empreendidas para determinar o conhecimento, as atitudes e as práticas de saúde de várias populações com referência a determinado problema (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

4.2 LOCAL E PERÍODO

O presente estudo foi realizado na cidade de Fortaleza-Ceará, especificamente em seis Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), durante o período correspondente ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), ou seja, de setembro de 2014 a setembro de 2016.

A capital do Estado do Ceará, com população estimada de 2.591.188 habitantes (BRASIL, 2015a) está dividida territorialmente em seis regionais principais: Regional I, Regional II, Regional III, Regional IV, Regional V, Regional VI (FORTALEZA, 2015a), conforme figura a seguir:

Figura 1- Divisão territorial da cidade de Fortaleza por Regionais



Fonte: Fortaleza (2015a).

Acrescenta-se que a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), órgão integrante da Administração Direta do Município de Fortaleza, tem por finalidade implementar a gestão do Sistema de Saúde, de Vigilância Sanitária, de Vigilância Epidemiológica, de Controle de Zoonoses e de Saúde do Trabalhador, mediante a definição das políticas públicas, diretrizes e programas para promover o atendimento integral à saúde da população do Município de Fortaleza. Em sua estrutura administrativa alinhada às suas finalidades, coordenadorias localizadas em seis regionais (I, II, III, IV, V, VI), com exceção da regional do centro, executam a gestão dos 93 Centros de Saúde da Família existentes, denominados atualmente como Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) (FORTALEZA, 2015b).

Vale salientar que, na tentativa de fazer com que os dados dessa pesquisa pudessem abranger toda a capital do Ceará, foi selecionada para participar da investigação uma UAPS de cada Regional, totalizando, assim, seis unidades, conforme Quadro 1. A escolha das unidades aconteceu de forma probabilística, através de sorteio, com exceção da UAPS localizada na Regional II, que foi escolhida por conveniência. Justifica-se a escolha desta unidade, uma vez que é onde a proponente desse trabalho dissertativo desenvolve suas atividades profissionais, como enfermeira da estratégia saúde da família. Dessa forma, entende-se que desenvolver um trabalho de pesquisa na unidade em que se trabalha seria, na verdade, uma forma de retribuição com o serviço, na tentativa de aperfeiçoar e melhorar a qualidade da assistência prestada.

QUADRO 1- UAPS selecionadas para desenvolvimento do estudo.

Regional	UAPS	Localização por Bairro
I	Francisco Domingos da Silva	Barra do Ceará
II	Benedito Artur de Carvalho	Luciano Cavalcante
III	Luís Recamonde Capelo	Bom Sucesso
IV	Luís Albuquerque Mendes	Serrinha
V	José Paracampos	Mondubim
VI	Hélio Goes Ferreira	Conjunto Alvorada

4.3 POPULAÇÃO

A população ou universo da pesquisa, segundo Prodanov e Freitas (2013, p. 98): "é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo". Os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) relativos ao mês de março de 2015 revelam que existem 5.456 gestantes cadastradas na capital do estado do Ceará. Dessas, 4.144 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e 1.010 são menores de 20 anos de idade.

No presente trabalho dissertativo, a população alvo envolveu todas as mulheres gestantes, cadastradas e acompanhadas nas seis UAPS de Fortaleza- Ceará, selecionadas para participar do estudo, o que correspondeu a 480 sujeitos. Vale destacar que esse quantitativo é variável mês a mês, haja vista o fluxo de entrada e saída de gestantes cadastradas e acompanhadas. Por isso, foi tomado como referência dados relativos a um mês de 2015.

O SIAB é um sistema desenvolvido para agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB) usando como estratégia central a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sócio-sanitários alcançados, devendo ser de conhecimento e uso de todos os profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2015b).

Entre as fichas que produzem os dados que compõem o SIAB, destaca-se ficha de acompanhamento de gestantes (Ficha B-GES), consolidada no Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias (SSA) (BRASIL, 2015b).

O SIAB e os outros sistemas de "software" nos módulos utilizados na AB estão sendo substituídos pelo e-SUS/ SISAB (Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica).

O envio de informações para a base de dados do SISAB tornou-se obrigatório a partir da competência do mês de junho de 2015 (BRASIL, 2014b).

4.4 AMOSTRA

Buscou-se realizar o cálculo amostral através da fórmula para populações finitas, tomando como base: intervalo de confiança de 95%, p= 50% e erro amostral de 5%.

$$n = \frac{\hat{d}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + \hat{d}^2 \cdot p \cdot q}$$

Foi utilizado p=50% no intuito de ampliar o tamanho da amostra. Após os cálculos devidos, a amostra resultou em 214 gestantes.

4.4.1 Estratificação da amostra

A amostra foi estratificada dentro de cada uma das UAPS selecionadas. Para isso, calculou-se o percentual representativo de cada unidade na composição total de gestantes do estudo.

QUADRO 2 - Estratificação da população alvo e amostra de gestantes segundo UAPS. Fortaleza, CE, 2016.

UAPS	População de gestantes*	Percentual representativo de cada unidade	Amostra
Regional I	50	10,42%	22
Regional II	46	9,58%	21
Regional III	102	21,25%	45
Regional IV	93	19,38%	42
Regional V	132	27,5%	59
Regional VI	57	11,87%	25
TOTAL	480	100%	214

*Nota: Dados referentes ao SIAB relativos ao mês de março de 2015.

4.4.2 Critérios de inclusão

Para constituição da amostra, foram incluídas as gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal, maiores de 18 anos de idade, independente do período gestacional, da paridade e do risco gestacional.

4.4.3 Critérios de exclusão

Foram excluídas aquelas que apresentaram dificuldade de estabelecer comunicação verbal, seja, por exemplo, por uso de psicotrópico ou com histórico de sofrimento mental em gestação anterior. Assim como gestantes que possuam diagnóstico médico de distúrbio mental, o que impossibilitaria a compreensão das questões do estudo.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis abordadas nesta pesquisa foram agrupadas em: variáveis sociodemográficas, variáveis da história reprodutiva e inquérito CAP.

a) Características sociodemográficas

Idade: Computada em anos.

Estado Civil: Foram consideradas as seguintes opções, a saber: solteira; casada/união estável; viúva; separada.

Escolaridade: Foram consideradas as opções: Analfabeta; Ensino Fundamental incompleto/completo; Ensino Médio Incompleto/ Completo; Ensino Superior incompleto/completo.

Religião: foram consideradas as opções: católica; evangélica; adventista; espírita; outra religião.

Ocupação: foram consideradas as opções: trabalho formal, trabalho informal, estudante, desempregada, dona de casa e autônoma.

Renda familiar: considerada a renda bruta em reais.

Classificação socioeconômica: classificada em A, B1, B2, C1, C2, D-E, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) 2015, apresentado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ABEP, 2014) (ANEXO A).

b) História reprodutiva

Início de atividade sexual: idade, em anos, referida pela gestante na qual teve a primeira relação sexual.

Utilização de método contraceptivo antes da gestação: foram considerados como métodos contraceptivos: preservativo masculino, preservativo feminino, contraceptivo oral, contraceptivo injetável seja mensal ou trimestral, dispositivo intrauterino (DIU), implante subcutâneo, diafragma, adesivo, anel vaginal, coito interrompido, *tabelinha*.

Histórico clínico prévio de IST: foram consideradas as infecções sexualmente transmissíveis relatadas pelas entrevistadas: AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), Condiloma acuminado (HPV), Tricomoníase, Sífilis, Herpes, Hepatites virais, Gonorreia, Linfocitoma venéreo, Cancro mole, Clamídia, Donovanose.

Número de gravidezes: quantas vezes a gestante engravidou, contando com a gestação atual;

Existência de aborto: incluído como aborto qualquer gestação que não ultrapassou o 5º mês.

Consultas de pré-natal que já teve na gestação atual: contada em número.

Idade gestacional em meses: contada em número.

c) Inquérito CAP

Os inquéritos CAP possibilitam medir o que a população sabe, pensa e como atua em relação a determinado problema, permitindo um diagnóstico da mesma (KALIYAPERUMAL, 2004). A opção se justifica pelo fato de que pertencem a uma categoria de estudos avaliativos, chamados de avaliação formativa, ou seja, para além de se obter dados de uma população específica, estes identificam possíveis caminhos para o planejamento estratégico de uma intervenção (BRASIL, 2002c).

Marinho *et al.* (2003) definem os termos conhecimento, atitude e prática de forma clara e objetiva, a saber:

- Conhecimento – Significa recordar fatos específicos ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.

- Atitude – É, essencialmente, ter opiniões. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional.

- Prática – É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Dois estudos de grande importância podem aqui ser destacados: Brenna *et al.* (2001) e Vasconcelos *et al.* (2011). As referidas pesquisas utilizaram distintos critérios para classificar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres relacionados ao exame de Papanicolaou. Eis as informações:

QUADRO 3 - Classificação do conhecimento, atitude e prática relacionados ao exame Papanicolaou segundo critérios utilizados por Brenna *et al.* (2001).

CONHECIMENTO	ADEQUADO	INADEQUADO
	Quando a mulher já tinha ouvido falar sobre o exame e sabia que era para detectar câncer em geral, ou especificamente de colo uterino.	Quando a mulher nunca tinha ouvido falar do exame ou já tinha ouvido, mas não sabia que era para detectar câncer.
ATITUDE	ADEQUADA	INADEQUADA
	Quando a mulher respondeu que realizar o exame de Papanicolaou era necessário.	Quando a mulher respondeu que realizar o exame de Papanicolaou era pouco necessário, desnecessário ou não tinha opinião sobre a necessidade.
PRÁTICA	ADEQUADA	INADEQUADA
	Quando a mulher realizou seu último exame preventivo no máximo há três anos.	Quando a mulher tinha feito o último exame há mais de três anos ou nunca tinha feito.

Fonte: Brenna *et al.* (2001).

QUADRO 4 - Classificação do conhecimento, atitude e prática relacionados ao exame Papanicolaou segundo critérios utilizados por Vasconcelos *et al.* (2011).

CONHECIMENTO	ADEQUADO	INADEQUADO
	Quando a mulher referiu já ter ouvido falar sobre o exame, sabia que era para detectar câncer em geral, ou especificamente de colo uterino, e sabia citar, pelo menos, dois cuidados necessários antes de realizar o exame.	Quando a mulher referiu nunca ter ouvido falar do exame ou já ter ouvido, mas não saber que era para detectar câncer; ou quando não sabia citar, pelo menos, dois cuidados que deveria ter antes de realizar o exame.

	ADEQUADA	INADEQUADA
ATITUDE	Quando a mulher apresentou como motivo para realizar o exame de Papanicolaou prevenir o CCU. Quando referia como motivo o fato de ser um exame de rotina, ou o desejo de saber se estava tudo bem com ela, somente era considerada uma atitude adequada quando, concomitantemente, ela tinha conhecimento adequado sobre o exame.	Quando a mulher apresentou outras motivações para realização do exame que não a prevenção do CCU.
	ADEQUADA	INADEQUADA
PRÁTICA	Quando a mulher havia realizado seu último exame preventivo, no máximo, há três anos, retornou para receber o último resultado do exame realizado e buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame.	Quando havia realizado o último exame preventivo há mais de três anos, ou nunca feito o exame, mesmo já tendo iniciado atividade sexual há mais de um ano; ou quando não retornou para receber o último resultado; ou não buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame.

Fonte: Vasconcelos *et al.* (2011).

No presente estudo, haja vista diferenciar a população pesquisada, o conhecimento, a atitude e a prática foram avaliados da seguinte forma:

Conhecimento:

- adequado: quando a gestante referiu já ter ouvido falar sobre o exame, soube que era para detectar câncer em geral, ou especificamente do colo uterino, e soube que esse exame pode ser realizado durante o pré-natal.
- inadequado: quando a gestante referiu nunca ter ouvido falar do exame ou já ter ouvido, mas não soube que era para detectar câncer; ou quando não soube que esse exame pode ser realizado durante o pré-natal.

Atitude:

- adequada: quando a gestante respondeu que realizar o exame de Papanicolaou no pré-natal é necessário para prevenir o CCU.
- inadequada: quando a gestante achou que fazer o exame durante o pré-natal é pouco necessário, desnecessário, ou não teve opinião sobre a sua necessidade.

Prática:

- adequada: quando a gestante realizou o exame durante a gestação atual. Caso não tenha realizado, foi considerada como prática adequada quando realizou seu último exame preventivo, no máximo, há três anos; retornou para receber o último resultado do exame realizado e mostrou o resultado para algum profissional de saúde.

- inadequada: se a gestante não tiver realizado o exame durante a gestação atual, a prática foi considerada inadequada quando realizou o último exame preventivo há mais de três anos, ou nunca feito o exame, mesmo já tendo iniciado atividade sexual há mais de um ano; ou quando não retornou para receber o último resultado; ou não mostrou o resultado do último exame para algum profissional de saúde.

4.6 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2015 por meio de entrevista utilizando um formulário (inquérito CAP) com perguntas pré-codificadas (APÊNDICE A). Para Lakatos e Marconi (2007), o formulário oferece vantagens como: a utilização em diversos seguimentos da população; explicação dos significados das perguntas que não estejam claras, já que o pesquisador está presente; obtenção de dados mais complexos úteis; e, reformulação ou ajuste de itens à compreensão de cada informante.

Antes de iniciada a coleta de dados, houve reunião com cada gestor das UAPS envolvidas a fim de explicar os objetivos e a metodologia da pesquisa. Nesse momento, foi solicitado o cronograma de atendimento dos profissionais da ESF para identificar os turnos de consultas de pré-natal, com a finalidade de que se conhecessem os horários em que a presença de gestantes na unidade fosse mais frequente.

Foi feito um pré-teste com um quantitativo de gestantes equivalente a 10% da amostra, que não participou do estudo principal, o que possibilitou uma adequação do instrumento (inquérito CAP). Uma entrevistadora foi treinada para aplicação do formulário.

O convite para participar do estudo foi feito individualmente às gestantes presentes na unidade, enquanto aguardavam a consulta de rotina pré-natal ou para outros fins (marcação ou coleta de exames, vacinação ou acompanhando familiares/ amigos, por exemplo), desde que atendessem aos critérios de inclusão.

Após receberem informações sobre a pesquisa e aceitarem participar da mesma, a entrevista foi realizada com cada gestante em local reservado para preenchimento do

formulário. Ao final, as participantes foram orientadas acerca do exame Papanicolaou e, caso houvesse alguma dúvida, foi elucidada.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados, depois de coletados e conferidos, foram duplamente digitados em uma planilha Excel, versão 2010. Em seguida, foram exportados e analisados no software estatístico livre Epi-Info, versão 3.5.3 (Atlanta, Estados Unidos). Inicialmente, foram calculadas as medidas de tendência central. Na análise da normalidade das variáveis foi adotado o Teste de Bartlett. Para as associações de variáveis que envolvessem médias foram adotados os testes Mann-Whitney e ANOVA. Na associação das proporções de variáveis foram empregados teste do Qui-quadrado e Teste de Fisher no caso de tabelas 2x2. Em todas as análises foi adotado um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Nesse estudo foram respeitados os preceitos éticos que devem ser seguidos na pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c). Assim, os sujeitos da pesquisa foram previamente informados acerca dos objetivos e da justificativa da pesquisa, sendo-lhes garantido o anonimato, assistência, o livre consentimento, o respeito aos valores sociais, culturais, religiosos, morais e éticos, e a opção de participar ou não da pesquisa.

Previamente foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de Fortaleza por meio de sua Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS) (APÊNDICE B). Depois da devida autorização (ANEXO B), o projeto seguiu para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) por meio do cadastro na Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o parecer de número 1.309.816, em 5 de novembro de 2015 (ANEXO C).

Mediante deferimento do CEP, a coleta de dados foi iniciada em campo, na qual todas as gestantes foram esclarecidas acerca dos dados inerentes ao estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e ficaram cientes da possibilidade de desistir a qualquer momento. Aquelas que aceitaram participar receberam o TCLE e assinaram o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (APÊNDICE D).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A presente pesquisa contou com a participação de 214 gestantes, que estavam aguardando ou não consulta de pré-natal nas unidades de saúde. A idade variou de 18 a 43 anos, com média de 24,7 anos ($DP \pm 6,2$). Quando indagadas acerca do estado conjugal, 79,0% (n=169) responderam serem casadas/união estável, seguidas de 19,6% (n=42) solteiras, 0,9% (n=2) viúvas, e 0,5% (n=1) separada.

Parcela significativa das gestantes, 71,0% (n= 152), informou ter estudado por um período igual ou superior a nove anos. Nenhuma participante relatou ser analfabeta. As escolaridades encontradas foram: ensino fundamental incompleto (29,0%) e completo (15,4%), médio incompleto (25,2%) e completo (26,2%), superior incompleto (3,3%) e completo (0,9%).

No tocante à religião, 99,0% (n= 212) relataram seguir alguma, sendo citadas nessas proporções: 54,2%, 39,7%, 5,1%, para católicas, protestantes e outras religiões, respectivamente.

Ao serem interrogadas sobre sua situação laboral, 57,0% (n=122) afirmaram que não desempenhavam atividades com remuneração. Por sua vez, dentre aquelas que desenvolviam alguma atividade remunerada, prevaleceram as que possuíam trabalho formal, 22,0% (n=47), trabalho informal, 15,0% (n= 32), e autônomas, 6,0% (n=13). Além disso, 37,4% (n= 80) relataram serem donas de casa, 10,3% (n= 22) estarem desempregadas e 9,3% (n= 20) serem estudantes.

No que se refere à renda familiar, foram considerados os valores do somatório dos rendimentos da família. Cabe ressaltar que algumas gestantes não tinham conhecimento do valor exato, sendo informado um valor aproximado. A renda variou de R\$ 150,00 a R\$ 4.500,00, sendo a média dos referidos valores de R\$1.242,32 ($DP \pm 757,85$).

Ao distribuir as entrevistadas de acordo com a classe econômica, 43,0% estiveram concentradas nas classes D e E. As demais participantes distribuídas nas seguintes proporções: 31,3%, 15,9%, 7,5%, 1,4% e 0,9%, para a classe C2, C1, B2, B1 e A, respectivamente.

Todos esses dados estão sumarizados e podem ser verificados na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização das gestantes (n=214), segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza- CE, 2016.

Variáveis	N	%	Estatística
1. Convive com companheiro			
Sim	169	79,0	
Não	45	21,0	
2. Escolaridade			
< nove anos de estudo	62	29,0	
≥ nove anos de estudo	152	71,0	
3. Possui religião			
Sim	212	99,0	
Não	2	1,0	
4. Situação laboral: trabalha			
Sim	92	43,0	
Não	122	57,0	
5. Classe Econômica			
			Média ± DP*
A + B1 + B2	21	9,8	1.242,00 ± 757,85
C1 + C2	101	47,2	Renda (R\$) **
D+ E	92	43,0	Mínima: 150,00
			Máxima: 4.500,00
Total	214	100,0	

*DP = Desvio Padrão

** Salário mínimo: R\$788,00

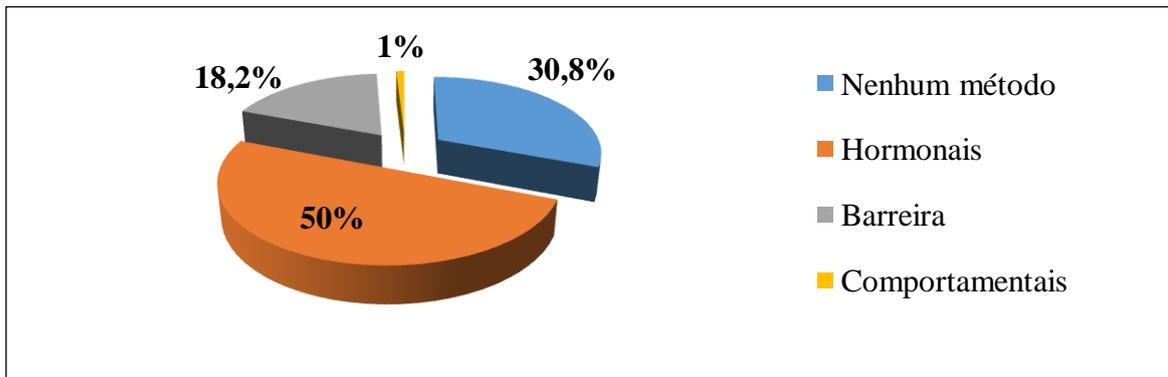
5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A HISTÓRIA REPRODUTIVA

Todas as entrevistadas relataram que tiveram a primeira relação sexual há mais de um ano. A idade de início da atividade sexual esteve concentrada no intervalo compreendido entre 13 e 18 anos por 83,8% (n=176) da amostra.

As participantes foram interrogadas quanto ao uso de métodos contraceptivos antes da gestação atual. Para tal questionamento, 69,2% delas (n=148) afirmaram que utilizavam algum tipo, estando em maiores proporções os hormonais, seguidos dos de barreira e dos comportamentais. No que se refere aos hormonais, prevaleceu o uso do contraceptivo

oral, depois do injetável (mensal ou trimestral) e do adesivo, 29,0% (n=62), 20,5% (n=44) e 0,5% (n=1), respectivamente. O único método de barreira mencionado foi o preservativo masculino, sendo este utilizado por 18,2% delas (n=39). Por sua vez, os dois métodos comportamentais citados foram a tabela de Ogino-Knaus, 0,5% (n=1), e o coito interrompido, 0,5% (n=1) (Gráfico 1).

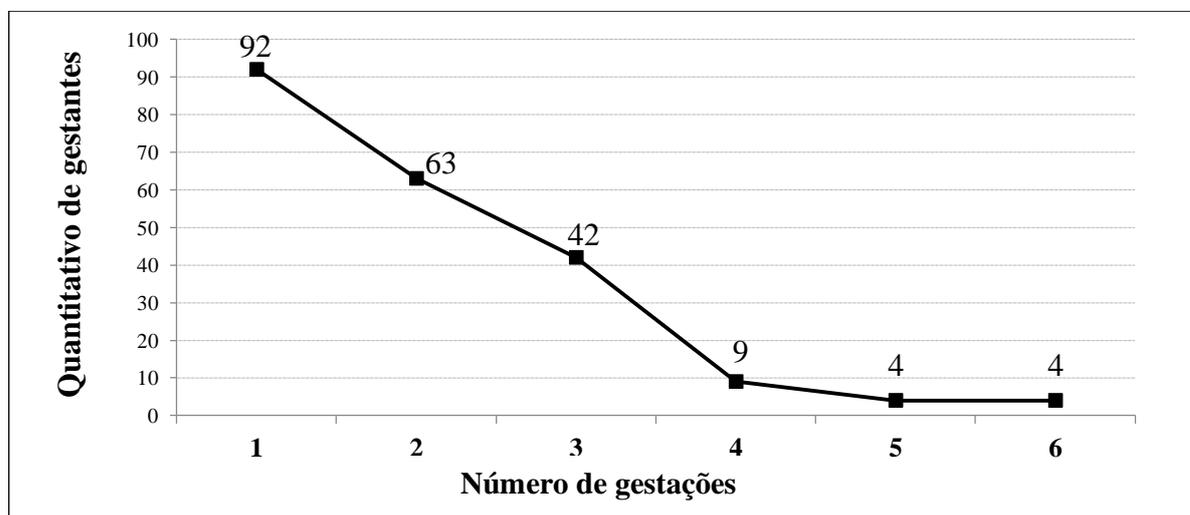
Gráfico 1- Distribuição da amostra de acordo com o tipo de método contraceptivo utilizado anteriormente à gestação atual. Fortaleza, CE, 2016 (n=214).



No tocante ao histórico clínico prévio de IST, apenas 2,8 % (n=6) relataram que já tiveram alguma, sendo citadas: condiloma acuminado (HPV) (n= 4) e sífilis (n=2).

Em se tratando do número de gestações, este variou de um a seis. Quase metade das participantes, 43,0% (n=92), estava grávida pela primeira vez e 29,4% (n=63) se encontravam na segunda gestação (Gráfico 2).

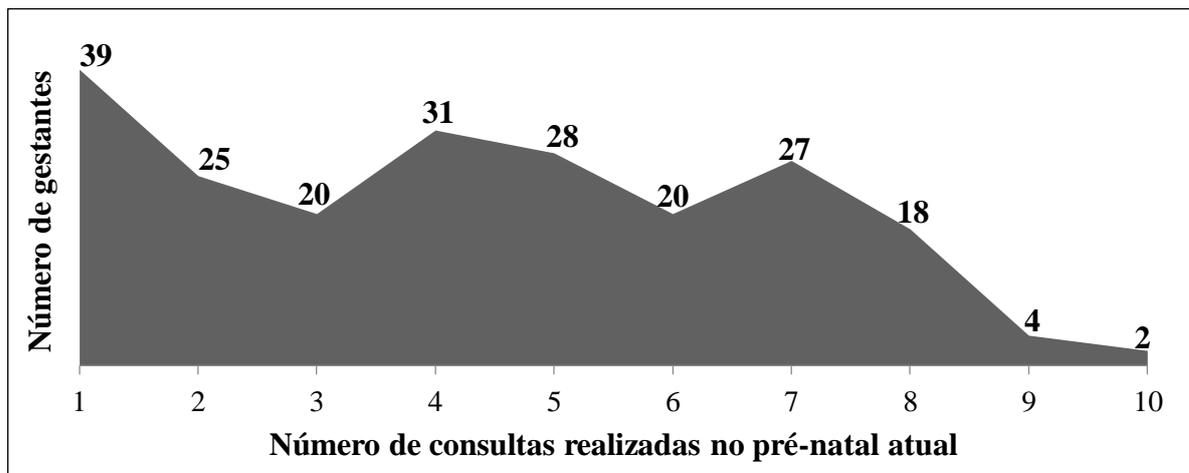
Gráfico 2 - Distribuição das gestantes conforme a ocorrência de gestações (n=214). Fortaleza, CE, 2016.



Em relação à ocorrência de abortos, 20,1% (n=43) relataram pelo menos um episódio. Vale ressaltar que sete participantes afirmaram que tiveram dois e duas gestantes contabilizaram três abortos.

Todas as participantes estavam em acompanhamento pré-natal e o número de consultas já realizadas variou de uma a dez, conforme pode ser verificado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Distribuição das gestantes em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas (n=214). Fortaleza, CE, 2016.



Quando indagadas sobre a idade gestacional, constatou-se que as participantes estavam em maiores proporções no terceiro trimestre, 45,3% (n=97). Em se tratando, especificamente, do mês de gestação, prevaleceram as que estavam no sétimo, oitavo e quinto mês, 18,2% (n= 39), 16,8% (n=36) e 14,5% (n=31), respectivamente.

5.3 CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA EM RELAÇÃO AO EXAME PREVENTIVO DO CCU

As participantes do estudo foram classificadas em cada seguimento do CAP segundo critérios de adequação estabelecidos previamente. O maior índice de inadequação foi relativo ao conhecimento (89,3%). Em contrapartida, a atitude foi considerada adequada para 80,8% das gestantes. Já em relação à prática, o percentual foi bem dividido, revelando 50,9% de adequação, conforme exposto na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a classificação do conhecimento, atitude e prática em relação ao exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.

Seguimento	Adequado		Inadequado	
	N	%	N	%
Conhecimento	23	10,7	191	89,3
Atitude	173	80,8	41	19,2
Prática	109	50,9	105	49,1

5.3.1 Conhecimento

Quanto ao conhecimento sobre o exame, apenas 10,7% (n=23) das participantes obtiveram adequação em relação ao item. Expressivo percentual das grávidas ouviu falar do exame, 99,5% (n=213). No entanto, apenas 17,3% (n=37) souberam que ele era para prevenir o CCU. A finalidade que mais se sobressaiu foi para detectar ou prevenir qualquer doença no útero “raladura/ferida/inflamação/leucorreia”, 35,0% (n=75) (Tabela 3).

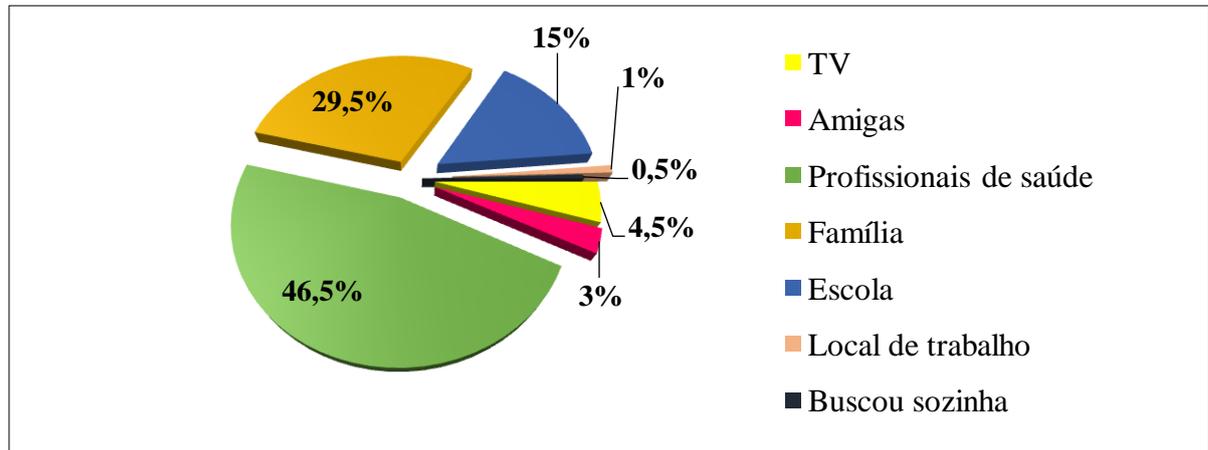
Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com a finalidade do exame preventivo do CCU referida pelas participantes. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.

Finalidade do exame	N	%
Não sabe	30	14,0
Prevenir o câncer	14	6,5
Prevenir o câncer do colo do útero	37	17,3
Detectar IST	33	15,5
Detectar HIV	2	0,9
Detectar ou prevenir qualquer doença	23	10,8
Detectar ou prevenir qualquer doença no útero (raladura/ferida/inflamação/leucorreia)	75	35,0
TOTAL	214	100,0

Quando indagadas sobre a procedência das informações acerca do exame de Papanicolaou, sobressaíram-se aquelas advindas de profissionais de saúde (46,5%), família

(29,5%), escola (15,0%) e amigas (3,0%). Demais informações podem ser visualizadas no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra de acordo com a procedência das informações acerca do conhecimento sobre o exame preventivo do CCU. Gestantes (n=213). Fortaleza, CE, 2016.



No que concerne ao conhecimento das gestantes sobre a periodicidade para a realização do exame, 21,5% delas não souberam responder ao questionamento. Por sua vez, 41,1% e 31,8% afirmaram que o exame deveria ser realizado anualmente ou a cada seis meses, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento acerca da periodicidade do exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.

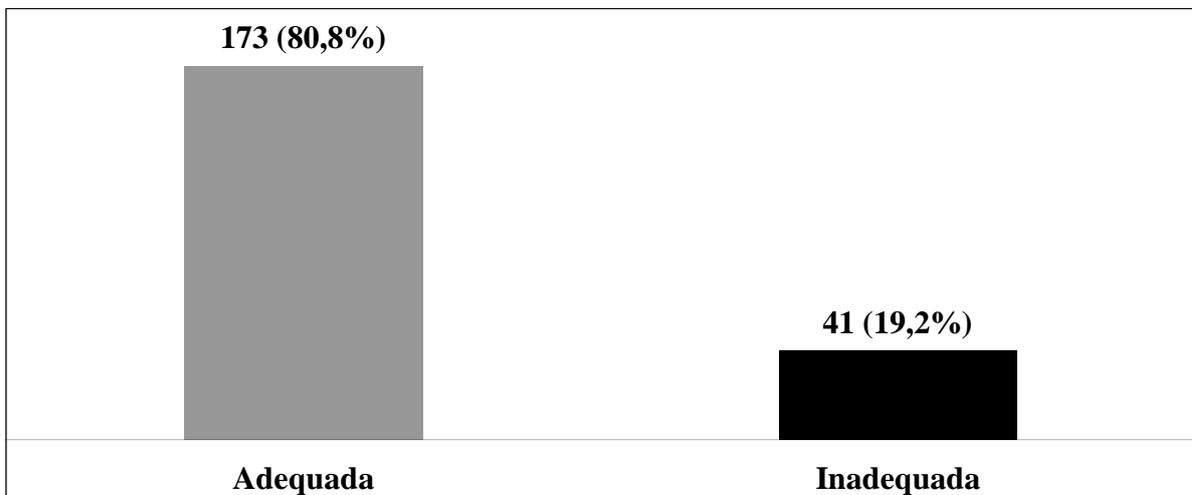
Intervalo de tempo para realização do exame	N	%
Anualmente	88	41,1
A cada dois anos	1	0,4
De 6/6 meses	68	31,8
De 3/3 meses	7	3,3
Mensalmente	4	1,9
Não sabe	46	21,5
Total	214	100,0

Outro questionamento feito foi com relação à possibilidade de realizar o exame preventivo durante o período gestacional. Os resultados mostraram que, apenas, 38,3% (n=82) sabiam dessa informação.

5.3.2 Atitude

No que concerne à atitude em relação ao exame preventivo do CCU, a maioria das participantes, 80,8% (n=173), foi classificada como a possuindo de forma adequada, uma vez que considerou que realizar o exame de prevenção durante o pré-natal é necessário para prevenir o câncer do colo do útero. No entanto, 9,8% (n=21) não tinham opinião sobre essa necessidade, 5,6% (n=12) consideraram desnecessário e 3,7% (n=8) pouco necessário (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Classificação da atitude em relação ao exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.



5.3.3 Prática

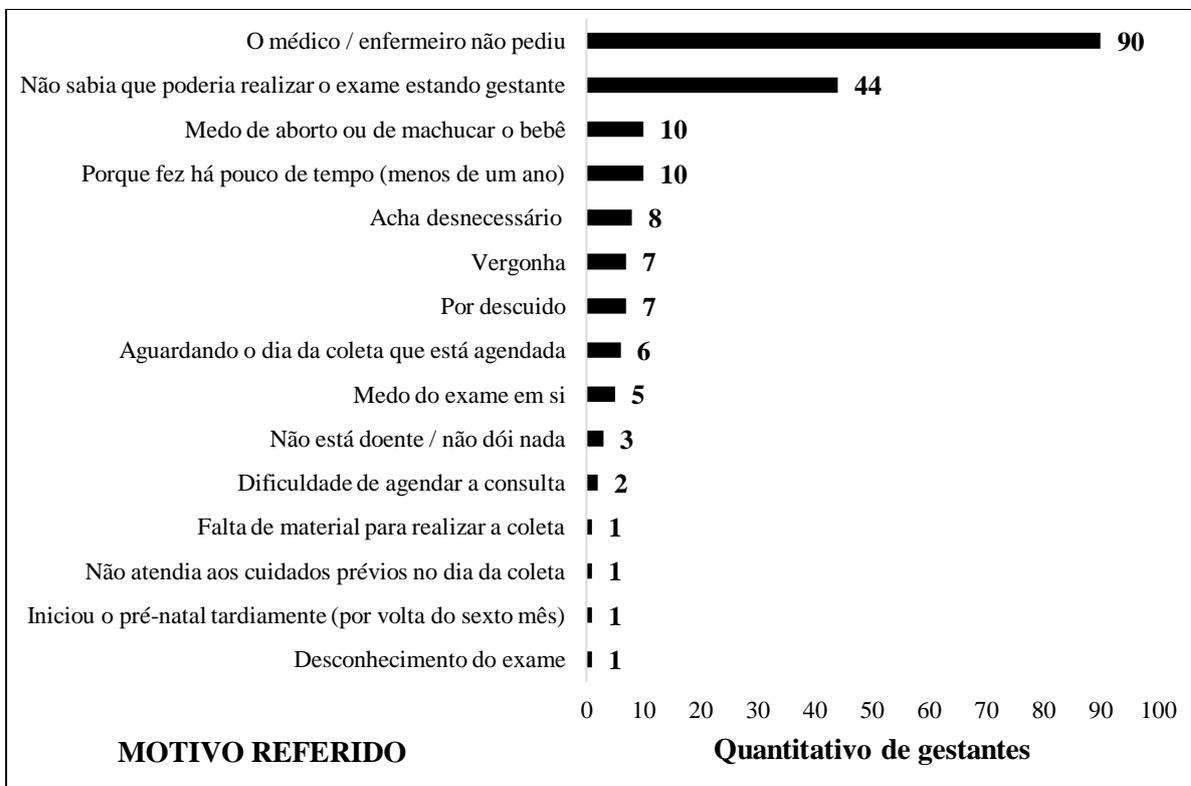
Em relação à prática, quase metade das gestantes, 49,1% (n=105), foi classificada como a possuindo de forma inadequada.

Das 214 gestantes indagadas, 49 (22,9%) nunca realizaram o exame preventivo. Dentre os motivos citados, destacaram-se: o descuido, 16 (32,6%); a vergonha, 9 (18,4%); o fato de não considerar o exame necessário, 8 (16,3%); o medo, 7 (14,3%); e a dificuldade em agendar a coleta, 4 (8,2%).

Cabe acrescentar que apenas 8,4% das participantes (n=18) fizeram o exame de prevenção do CCU durante a gestação atual e que somente seis estavam aguardando o dia da coleta que estava agendada.

As principais causas relatadas para a não realização do exame durante o pré-natal atual foram a não solicitação do exame pelo médico/enfermeiro (45,9%) e a desinformação da possibilidade de realizar o exame estando gestante (22,4%) (Gráfico 6).

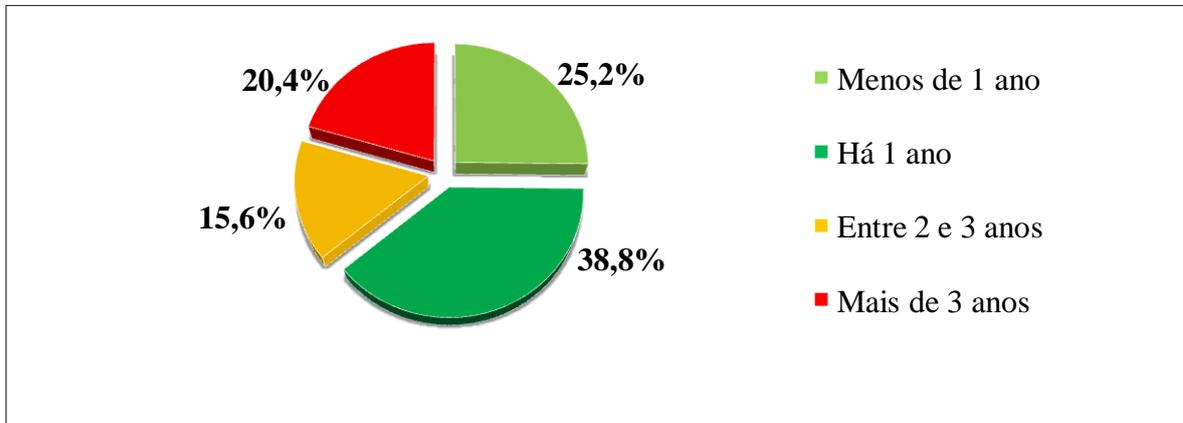
Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o motivo referido para não realização do exame preventivo do CCU durante a gestação atual. Gestantes (n=196). Fortaleza, CE, 2016.



Na presente investigação, 122 mulheres não estavam grávidas pela primeira vez. Dessas, 78,7% (n=96) relataram que não se submeteram ao exame de prevenção em gestações anteriores.

Ao questionar as gestantes acerca do intervalo de tempo em relação ao último exame (n=147), constatou-se que 38,8% (n=57) fizeram há um ano. Cabe ressaltar que 20,4% (n=30) dessas gestantes realizaram um exame fazia mais de três anos, conforme demonstrado no Gráfico 7.

Gráfico 7 - Distribuição da amostra conforme o último exame preventivo do CCU realizado. Gestantes (n= 147). Fortaleza, CE, 2016.



Os motivos predominantes para periodicidade de realização do exame preventivo superior a três anos (n=30) foram o descuido (n=16) e não estar doente ou não sentir nada (n=6). Ainda se constatou: dificuldade de agendar coleta (n=3), não gostar de fazer o exame (n=2), vergonha (n=1), medo (n=1) e não achar necessário (n=1).

Quando interrogadas acerca do retorno para recebimento do resultado do último exame realizado, das 165 gestantes que já realizaram o exame preventivo alguma vez, 83,0% (n=137) retornaram para receber o resultado e 6,1% (n=10) das gestantes estavam aguardando o laudo ficar pronto. Apenas uma participante não lembrou se retornou para recebimento do último resultado. As causas mencionadas para o não retorno foram: esquecimento (n=7), mudança de endereço (n=5), falta de tempo (n=3), medo do resultado (n=1) e não sabia/não foi orientada (n=1).

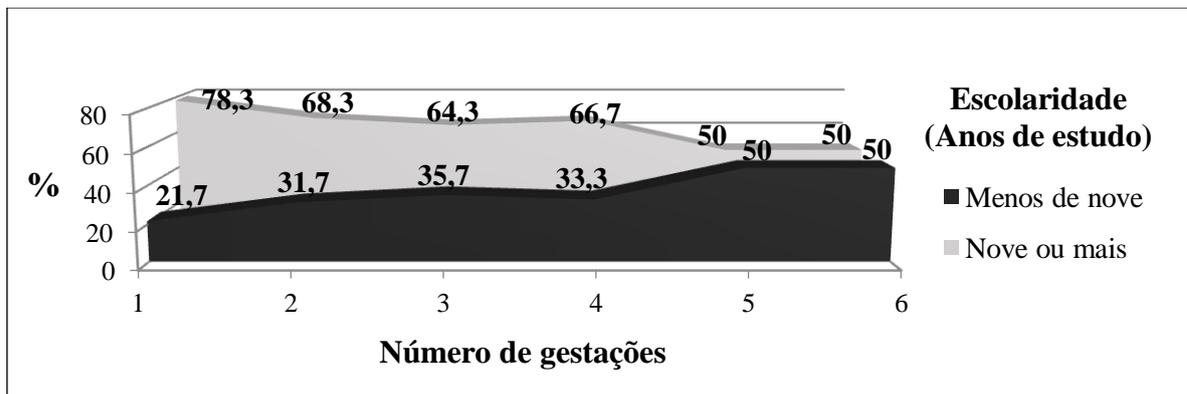
Dentre as 137 gestantes que retornaram para o recebimento do resultado, 89,1% (n=122) foram consultadas por médico ou enfermeiro. No entanto, a demora de chegada do resultado ou o fato de nunca estar pronto, mesmo após meses da coleta, foram os principais motivos relatados para a falta da consulta de retorno (n=8). Outras alegações para não mostrar o resultado: não havia profissional para o atendimento no dia da procura (n=4) e dificuldade de agendar a consulta de retorno (n=3).

5.3.4 Associações de variáveis

Diversas associações de variáveis foram realizadas e serão apresentadas a seguir. Inicialmente, foi verificada a associação entre a escolaridade e o número de gestações. A

ocorrência de gestações tende a diminuir entre as gestantes que tenham nove ou mais anos de estudos ($p=0,029$) (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição percentual da amostra de acordo com a escolaridade e o número de gestações. Gestantes (n=214). Fortaleza-CE, 2016.



Teste de Associação de Mann-Whitney.

Em seguida, foram realizadas associações entre o conhecimento, a atitude e a prática em relação ao exame preventivo do CCU com as médias de características socioeconômicas e reprodutivas, a saber: idade, renda, número de gestações e de consultas na gestação atual.

No tocante ao conhecimento, este foi estatisticamente significativo em relação à média de idade ($p=0,000$). Ao observar a tabela 5, médias mais elevadas de renda, de números de gestações e de consultas na gestação atual estiveram correlacionadas com o conhecimento adequado, apesar de não ter sido verificada associação estatística.

Tabela 5 - Associação entre o conhecimento em relação ao exame preventivo do CCU e as médias de características socioeconômicas e reprodutivas. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.

Variáveis	CONHECIMENTO		Estatística
	Adequado	Inadequado	
	Média ± DP	Média ± DP	P
Idade	29,13 ± 5,70	24,23 ± 6,15	0,000*
Renda	1408,69 ± 968,20	1222,18 ± 728,93	0,266**
Número de gestações	2,43 ± 1,34	1,92 ± 1,08	0,052*
Número de consultas (gestação atual)	4,60 ± 2,60	4,27 ± 2,41	0,532**

*Teste de Associação de Mann-Whitney.

** Teste de Associação de ANOVA.

Percebe-se, através da tabela 6, que a atitude adequada em relação ao exame preventivo esteve associada com as gestantes de maior idade ($p=0,042$), maior renda ($p=0,708$), maior número de gestações ($p=0,337$) e de consultas na gestação atual ($p=0,795$).

Tabela 6 - Associação entre a atitude em relação ao exame preventivo do CCU e as médias de características socioeconômicas e reprodutivas. Gestantes ($n=214$). Fortaleza, CE, 2016.

Variáveis	ATTITUDE		Estatística
	Adequada	Inadequada	
	Média ± DP	Média ± DP	P
Idade	25,18 ± 6,40	22,95 ± 5,46	0,042*
Renda	1251,83 ± 747,06	1202,43 ± 810,01	0,708**
Número de gestações	2,01 ± 1,18	1,82 ± 0,83	0,337**
Número de consultas (gestação atual)	4,32 ± 2,47	4,21 ± 2,27	0,795**

* Teste de Mann-Whitney.

**Teste de Associação ANOVA.

De acordo com a tabela 7, houve associação estatisticamente significativa entre a prática adequada e a idade ($p=0,000$). Salienta-se que médias mais elevadas das demais características socioeconômicas e reprodutivas estiveram relacionadas à adequação da prática, embora sem significância estatística.

Tabela 7 - Associação entre a prática em relação ao exame preventivo do CCU e as médias de características socioeconômicas e reprodutivas. Gestantes ($n=214$). Fortaleza, CE, 2016.

Variáveis	PRÁTICA		Estatística
	Adequada	Inadequada	
	Média ± DP	Média ± DP	P
Idade	26,46 ± 6,44	22,98 ± 5,60	0,000*
Renda	1311,68 ± 784,77	1170,99 ± 725,94	0,176**
Número de gestações	2,05 ± 1,08	1,90 ± 1,16	0,330**
Número de consultas (gestação atual)	4,46 ± 2,37	4,14 ± 2,49	0,329**

* Teste de Mann-Whitney

**Teste de Associação ANOVA.

Em sequência, o conhecimento, a atitude e a prática em relação ao exame preventivo foram associados com as variáveis: convive com companheiro, escolaridade, situação laboral, classe econômica e uso de preservativos antes da gestação.

Verifica-se, na tabela 8, associação estatisticamente significativa entre o conhecimento e conviver com companheiro ($p=0,003$), destacando que todas as gestantes que não comoram com cônjuge possuem conhecimento inadequado. Ainda apercebe-se queda gradativa do percentual de gestantes classificadas como tendo conhecimento adequado em direção a classes econômicas mais baixas.

Tabela 8 - Associação entre o conhecimento em relação ao exame preventivo do CCU e as variáveis: convive com companheiro, escolaridade, situação laboral, classe econômica e uso de preservativos antes da gestação. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.

Variáveis	Conhecimento				Estatística
	Adequado		Inadequado		
Características	N	%	N	%	P
Convive com companheiro					0,003*
Sim	23	13,6	146	86,4	
Não	-	-	45	100,0	
Escolaridade					0,479*
< 9 anos	6	9,7	56	90,3	
≥ 9 anos	17	11,2	135	88,8	
Situação laboral: trabalha					0,122*
Sim	13	14,1	79	85,9	
Não	10	8,2	112	91,8	
Classe Econômica					0,222**
A+B1+B2	3	14,3	18	85,7	
C1+C2	14	13,9	87	86,1	
D+E	6	6,5	86	93,5	
Uso de método contraceptivo antes da gestação					0,104*
Sim	19	12,8	129	87,2	
Não	4	6,1	62	93,9	

* Teste de Fisher.

** Teste do Qui quadrado.

Já em relação à atitude, foi constatada que esta teve associação estatística considerável com a situação laboral ($p=0,034$). Gestantes que convivem com companheiro, que faziam uso de contraceptivo antes da gestação atual e de classes econômicas mais elevadas estão percentualmente mais concentradas na classificação de adequação, embora sem significância estatística (Tabela 9).

Tabela 9 - Associação entre a atitude em relação ao exame preventivo do CCU e as variáveis: convive com companheiro, escolaridade, situação laboral, classe econômica e uso de preservativos antes da gestação. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.

Variáveis	Atitude				Estatística <i>P</i>
	Adequada		Inadequada		
	N	%	N	%	
Convive com companheiro					0,510*
Sim	137	81,1	32	18,9	
Não	36	80,0	9	20,0	
Escolaridade					0,303*
< 9 anos	52	83,9	10	16,1	
≥ 9 anos	121	79,6	31	20,4	
Situação laboral: trabalha					0,034*
Sim	80	87,0	12	13,0	
Não	93	76,2	29	23,8	
Classe Econômica					0,478**
A+B1+B2	18	85,7	3	14,3	
C1+C2	84	83,2	17	16,8	
D+E	71	77,2	21	22,8	
Uso de método contraceptivo antes da gestação					0,075*
Sim	124	83,8	24	16,2	
Não	49	74,2	17	25,8	

* Teste de Fisher.

**Qui quadrado.

Através da tabela 10, averigua-se que houve associação estatisticamente significante entre a prática em relação ao exame preventivo do CCU com a classe econômica ($p=0,010$), demonstrando que as gestantes concentradas nas classes D e E têm prática mais

inadequada. Além disso, o uso de métodos contraceptivos antes da gestação atual esteve relacionado com a melhor prática ($p=0,003$). Vale apontar que características como não conviver com companheiro e possuir menos de nove anos de estudo aparecem em maior percentil na classificação da prática inadequada.

Tabela 10 - Associação entre a prática em relação ao exame preventivo do CCU e as variáveis: convive com companheiro, escolaridade, situação laboral, classe econômica e uso de preservativos antes da gestação. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.

Variáveis	Prática				Estatística <i>P</i>
	Adequada		Inadequada		
	N	%	N	%	
Convive com companheiro					0,316*
Sim	88	52,1	81	47,9	
Não	21	46,7	24	53,3	
Escolaridade					0,176*
< 9 anos	28	45,2	34	54,8	
≥ 9 anos	81	53,3	71	46,7	
Situação laboral: trabalha					0,099*
Sim	52	56,5	40	43,5	
Não	57	46,7	65	53,3	
Classe Econômica					0,010**
A+B1+B2	12	57,1	9	42,9	
C1+C2	61	60,4	40	39,6	
D+E	36	39,1	56	60,9	
Uso de método contraceptivo antes da gestação					0,003*
Sim	85	57,4	63	42,6	
Não	24	36,4	42	63,6	

* Teste de Fisher.

**Teste do Qui quadrado.

Em seguida, foram feitas associações do conhecimento à realização do exame preventivo do CCU em diversas situações. A tabela 11 consegue demonstrar que houve associação estatisticamente significativa entre o conhecimento e ter realizado o exame alguma vez na vida ($p=0,001$), na gestação atual ($p=0,030$) e em gestação anterior ($p=0,007$). Destaca-

se que a totalidade das gestantes que nunca se submeteu ao exame preventivo do CCU possui conhecimento inadequado.

A tabela ainda revela que a porcentagem de adequação é mais elevada entre as gestantes que, embora não tenham realizado o exame na gestação atual, fizeram-no pela última vez com intervalo de menor tempo.

Tabela 11 - Associação entre o conhecimento e a realização do exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.

Variáveis	Conhecimento				Estatística
	Adequado		Inadequado		
Realização do exame preventivo	N	%	N	%	P
Alguma vez na vida					0,001*
Sim	23	13,9	142	86,1	
Não	-	-	49	100,0	
Na gestação atual					0,030*
Sim	5	27,8	13	72,2	
Não	18	9,2	178	90,8	
Se não na gestação atual, quando a última vez (N=147)					0,228**
Menos de um ano	8	21,6	29	78,4	
Há um ano	6	10,5	51	89,5	
Entre dois e três anos	2	8,7	21	91,3	
Mais de três anos	2	6,7	28	93,3	
Em gestação anterior					0,007**
Sim	7	26,9	19	73,1	
Não	11	11,5	85	88,5	
Não se aplica (primigesta)	5	5,4	87	94,6	

*Teste de Fisher.

** Qui quadrado.

Na sequência, foram realizadas associações entre os três seguimentos do CAP (conhecimento, atitude e prática) em relação ao exame preventivo do CCU.

Conforme a tabela 12, observa-se que 91,3% das gestantes que foram classificadas com conhecimento adequado têm adequação da atitude.

Tabela 12 - Associação entre a atitude e o conhecimento em relação ao exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.

Seguimento	Atitude				Estatística <i>P</i> *
	Adequada		Inadequada		
	N	%	N	%	
Conhecimento					0,140
Adequado	21	91,3	2	8,7	
Inadequado	152	79,6	39	20,4	

*Teste de Fisher.

Na tabela 13, fica evidenciado que as gestantes com conhecimento ($p=0,004$) e atitude ($p=0,030$) satisfatórios possuem prática mais adequada.

Tabela 13 - Associação entre a prática e os seguimentos conhecimento e atitude em relação ao exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.

Seguimento	Prática				Estatística <i>P</i> *
	Adequada		Inadequada		
	N	%	N	%	
Conhecimento					0,004
Adequado	18	78,3	5	21,7	
Inadequado	91	47,6	100	52,4	
Atitude					0,030
Adequada	94	54,3	79	45,7	
Inadequada	15	36,6	26	63,4	

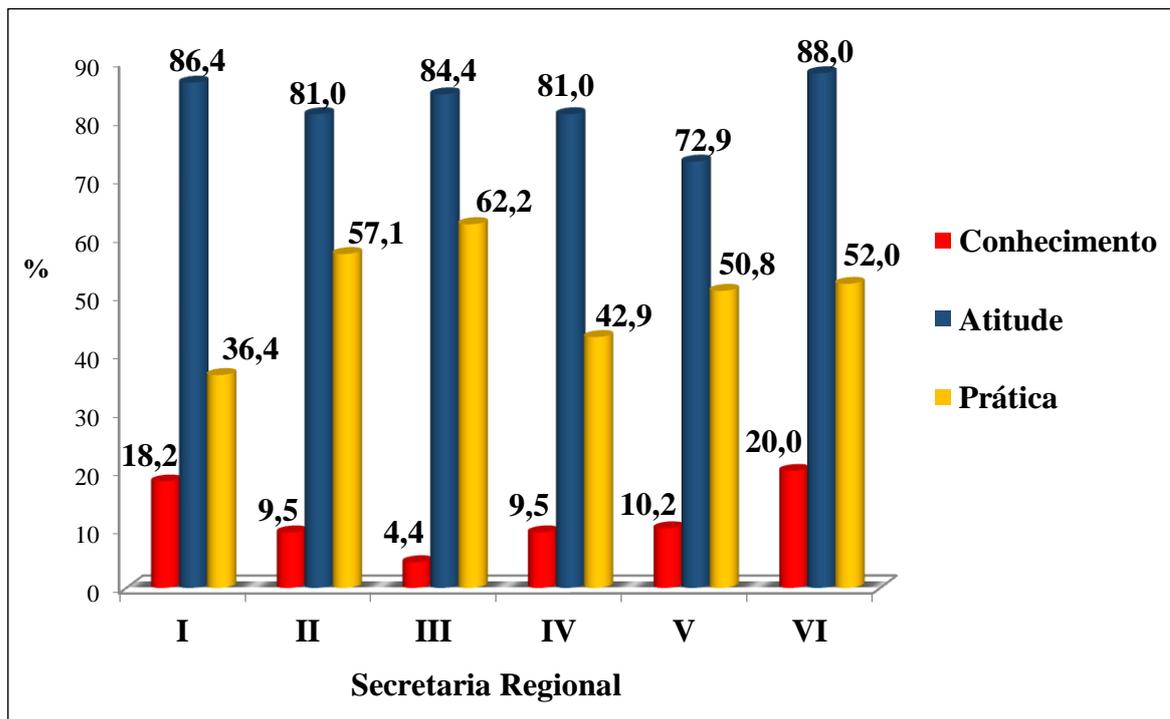
* Teste de Fisher.

As participantes da pesquisa, todas em acompanhamento pré-natal, estavam distribuídas em seis unidades de saúde da capital cearense, sendo que cada UAPS representava uma secretaria regional.

Por fim, analisando o gráfico 9, pode-se inferir que o conhecimento e a atitude foram superiores na regional VI e inferiores na III e na V, respectivamente. Já em relação à prática, o maior percentual de adequação foi encontrado na regional III, enquanto que o menor na I.

Ao fazer um comparativo, apesar de existirem variações nos resultados de conhecimento, atitude e prática adequados entre as secretarias regionais, não foi constatada significância estatística nos itens avaliados (conhecimento: $p=0,360$; atitude: $p=0,542$; prática: $p=0,347$).

Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo a secretaria regional de acordo com os percentuais de adequação do conhecimento, da atitude e da prática em relação ao exame preventivo do CCU. Gestantes (n=214). Fortaleza, CE, 2016.



6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar o conhecimento, a atitude e a prática de uma população de gestantes em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino em Fortaleza. Além disso, objetivou associar esses aspectos com distintas variáveis sociodemográficas e de história reprodutiva e comparar tais achados entre gestantes atendidas em UAPS de seis regionais da capital cearense. Nesse momento, os dados anteriormente descritos no capítulo de Resultados serão aqui discutidos, de forma a confrontá-los com a literatura pertinente, seja ela nacional e/ou internacional.

A investigação em tela foi desenvolvida com 214 gestantes. Prevaleceu na amostra indivíduos que convivem com companheiro (79,0%), com escolaridade igual ou superior a nove anos de estudo (71,0%), que possuem alguma religião (99,0%), que não trabalham (57,0%) e pertencentes às classes econômicas D e E (43,0%).

A média de idade encontrada entre as participantes foi de 24,7 anos, estando em acordo com os intervalos mais frequentes de taxas específicas de fecundidade no nordeste brasileiro, ou seja, de 20 a 25 anos (IBGE, 2014a). Para ratificar essa informação, pode-se destacar uma investigação no município de São Luís-MA com 50 gestantes, na qual se constatou que 42,5% da amostra tinham entre 20 e 25 anos (SOUZA *et al.*, 2013).

Quanto ao estado conjugal, 79,0% das entrevistadas convivem com seu marido/companheiro. A gestação é um período muito comum de variações de humor, medos e preocupações, na qual a participação do pai desenvolvendo sentimentos afetivos e de vínculo favorecem a construção do trinômio pai-mãe-filho (SILVA *et al.*, 2013).

Em relação ao número de anos de estudo, a proporção de gestantes, 71,0%, que completou nove ou mais anos foi bastante superior aos 38,4% observados em Porto Alegre-RS (GOMES; CESAR, 2013) e aos 52,2% encontrados no município de Fortaleza-CE (PEIXOTO *et al.*, 2012). Sabe-se que a escolaridade materna de nível mais elevado tem sido relacionada ao cumprimento do pré-natal e maior proporção de nascidos vivos (FIOCRUZ, 2012).

Já em relação à ocupação, constatou-se que a maior parte das gestantes não exerce atividade remunerada (57,0%), refletindo na diminuição da renda familiar. Todavia, o fato de não estar inserida no mercado de trabalho pode favorecer ao aleitamento materno exclusivo, visto que muitas mulheres trabalham informalmente, não usufruindo assim do direito de

licença-maternidade ou, ainda, de condições para o aleitamento no local e horário do trabalho (DIOGO; SOUZA; ZOCHE, 2011).

No tocante às características de história reprodutiva, percebeu-se que a sexarca ocorreu predominantemente na faixa etária de 13 a 18 anos (83,8%). Barbosa *et al.* (2011) realizaram um amplo estudo com 3.822 mulheres de idade igual ou superior a 18 anos que residiam em diversas cidades das cinco regiões do país, buscando identificar e comparar características de mulheres que declararam ter realizado aborto alguma vez na vida. Os autores verificaram que a atividade sexual quando iniciada aos 15 anos ou menos é uma variável associada significativamente à maior ocorrência de aborto induzido.

Quanto à utilização de métodos contraceptivos anteriormente à gestação atual, parcela significativa, 69,6% (n=148), respondeu que utilizavam. Esse percentual é próximo aos 76,8% encontrados por Peixoto *et al.* (2012) e 74% por Souza *et al.* (2013), que desenvolveram estudos acerca do perfil de gestantes atendidas pela ESF.

Na presente pesquisa, os métodos hormonais foram os mais frequentes (n=107). Vale ressaltar que a maioria das entrevistadas convive com o parceiro e que, entre essas, quase 74% usavam métodos hormonais. Dessa forma, o fato de estar em uma união estável/casamento pode influenciar para que os de barreira não fossem os de primeira escolha.

Quando interrogadas acerca do histórico prévio de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), quase a totalidade das gestantes (97,2%) referiu não ter tido nenhuma ocorrência, percentual esse superior aos 78% verificado em um estudo com mulheres grávidas em São Luís-MA (SOUZA *et al.*, 2013). A baixa prevalência de IST, na presente investigação, pode ser considerada um dado positivo, no entanto vale salientar que a desinformação em relação aos sintomas, a falta de diagnóstico ou até mesmo a vergonha podem ter colaborado para esse achado.

Em relação ao quantitativo de gestações, apenas 8,0% (n=17) estavam na quarta gestação ou mais, destacando que a maior proporção das mulheres (43,0%, n=92) era primigesta.

Desde a década de 1970, as taxas específicas de fecundidade têm diminuído acentuadamente em diversos grupos de idade de mulheres no período reprodutivo, especialmente nas faixas etárias a partir de 30 anos. A única exceção foi o grupo de 15 a 19 anos de idade. Observou-se, até 2006, descendência média de 4,8 filhos (BRASIL, 2009). De acordo com o último Censo Demográfico, as mulheres têm, em média, 1,9 filho (IBGE, 2010).

No tocante ao acompanhamento pré-natal, todas as gestantes já haviam realizado pelo menos uma consulta e, aproximadamente, um terço das gestantes, 33,1% (n=71), já estava na sexta ou mais consulta.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabeleceu que o número mínimo de consultas de pré-natal deva ser de seis, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2005; 2012a).

Estudo realizado por Domingues *et al.* (2012) constatou que o número adequado de consultas esteve associado à melhor adequação de realização de exames e de vacinação antitetânica e à maior orientação em relação ao parto e à amamentação. Além disso, esses e outros autores observaram que o início tardio do acompanhamento pré-natal afetou a adequação do número de consultas (NASCIMENTO, 2003; VICTORA *et al.*, 2010).

Acrescenta-se ainda que dados do IBGE têm revelado aumento da proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram mais de seis consultas pré-natal, passando de 43,7%, em 2000, para 54,5%, em 2006 (IBGE, 2009). O aumento da mortalidade perinatal na atenção pré-natal com número reduzido de consultas foi demonstrado por Hofmeyr e Hodnett (2013), apontando a importância do acompanhamento principalmente no final da gravidez (32 a 36 semanas), a fim de revelar situações de risco e garantir intervenções específicas.

Dessa forma, existem indícios de que a assistência pré-natal rotineira e realizada desde o início da gravidez previne a morbimortalidade materna e perinatal, porquanto permite a detecção e o tratamento oportuno de enfermidades, além de diminuir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da futura mãe e seu filho.

Em relação à idade gestacional das entrevistadas, observou-se que 54,7% não haviam chegado ao terceiro trimestre. No entanto, ao considerar a recomendação acerca da realização do exame preventivo durante a gestação, que é de preferência até o sétimo mês (BRASIL, 2012a), 27,1 % (n=58) não poderiam mais realizá-lo na gestação atual.

Dessas gestantes com idade gestacional acima de sete meses, 39,7 % (n=23) foram classificadas com prática inadequada, ou seja, foi perdida a oportunidade, talvez a única, de oferecer e realizar o exame preventivo do CCU e em tempo oportuno.

No tocante ao conhecimento acerca do exame preventivo durante a gravidez, a maioria das participantes, 89,3% (n=191), foi classificada como o possuindo de forma inadequada, percentual alarmante e expressivo. Vale salientar que todas as gestantes são cadastradas e já estavam em acompanhamento pré-natal nas UAPS, locais em que devem ser

proporcionadas ações de proteção e promoção à saúde, assim como prevenção de doenças, com ênfase na educação em saúde.

Entre aquelas gestantes que responderam qual seria a finalidade do exame, os propósitos de detecção ou prevenção de qualquer doença no útero ("raladura/ferida/inflamação/leucorreia") ou, ainda, de IST foram muito citados. Cabe frisar que duas gestantes apontaram o exame preventivo como método de detecção do vírus HIV, revelando uma informação errônea não somente acerca do Papanicolaou, mas também aos meios de prevenção e detecção do vírus da Aids.

Esses achados são semelhantes aos encontrados por Vasconcelos *et al.* (2011) ao avaliarem o conhecimento de mulheres acerca do exame preventivo em Fortaleza-CE, e por Cerigo *et al.* (2012), que fizeram um estudo na cidade de Quebec, Canadá, no qual descreveram experiências das participantes em relação ao Papanicolaou.

Apesar de que, muitas vezes, agentes patológicos possam ser identificados, até sugerindo uma IST, o exame preventivo não tem esse objetivo, e sim, detectar lesões precursoras ou sugestivas de câncer do colo uterino. Vale acrescentar que a ectopia, conhecida comumente como "ferida" ou "raladura", é uma situação fisiológica, não sendo, assim, a finalidade do exame (BRASIL, 2013).

Na presente pesquisa, foi constatado que, embora quase a totalidade das gestantes já ouviu falar sobre o exame, 14,0% não tinham ideia de sua finalidade. Além disso, ao serem perguntadas sobre a procedência das informações acerca do exame, 46,5% (n=99) das entrevistadas responderam tê-las obtido por profissionais de saúde, evidenciando fragilidades no sistema de saúde.

Quando interrogadas em relação à possibilidade de realizar o exame preventivo durante o período gestacional, os resultados mostraram que a maior parte, 61,7% (n=132), não sabia dessa informação, corroborando para o conhecimento inadequado em relação ao exame preventivo. Assim, torna-se mais aparente a questão de que, nas unidades de saúde, as informações dadas por parte dos profissionais estão deficitárias.

As gestantes devem receber orientações que abordem essa temática e a elas dada a oportunidade de realização do exame em tempo oportuno, visando à promoção da saúde. A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, seja individual ou coletiva. Os profissionais e os grupos sociais, assim como as equipes de saúde, têm a responsabilidade de contribuir na forma de como lidar com a diversidade dos condicionantes da saúde (CZERESNIA, 2003).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde relata que, para que haja impacto sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle do câncer do colo do útero, a atenção às mulheres necessita estar pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. Uma das atribuições comuns à equipe é a realização e participação de atividades de educação permanente (BRASIL, 2013).

No entanto, a educação em saúde não se restringe ao repasse de informações acerca do exame em si. Segundo Oliveira e Wendhausen (2014), as equipes da ESF precisam romper com a característica de atendimento verticalizado e se convencer de que a nova proposta da educação em saúde, guiada pelo diálogo, demanda um discurso e uma prática transformadora, mediada pela participação do sujeito em todo o processo educativo.

Ainda no quesito conhecimento, as gestantes, quando questionadas sobre a periodicidade que o exame deveria ser realizado, 78,5% (n=167) mencionaram intervalo igual ou inferior a um ano.

Segundo as normas brasileiras, pautadas em recomendação da OMS, o intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos com intervalo anual. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo aumentar a proteção conferida, diminuindo a possibilidade de falso-negativo. Esta recomendação trianual justifica-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que realizado a cada três anos (BRASIL, 2013).

Dessa forma, constatou-se que nenhuma participante conhecia essa recomendação, o que sugere que estão se submetendo ao exame sem haver necessidade, sobrecarregando o sistema e elevando o número de exames realizados revelando indicadores não fidedignos relacionados à cobertura do exame preventivo nas três instâncias de governo.

Dentre as participantes do presente estudo, embora a adequação da atitude tenha se sobressaído em comparação às do conhecimento e da prática, 19,2% foram classificadas com atitude inadequada. A realização do exame durante a gestação segue as mesmas recomendações de periodicidade das mulheres em geral (BRASIL, 2013). Assim, esclarecer as gestantes sobre a necessidade do exame preventivo no pré-natal pode colaborar para a diminuição da falta de opinião acerca do assunto ou da não importância dada de realizá-lo nesse período, favorecendo o aumento de uma atitude adequada.

Um estudo realizado por Yassoyama, Salomão e Vicentini (2005), na cidade de Fernandópolis-SP, com 81 mulheres, gestantes e mães com filhos até cinco anos, teve como objetivo caracterizar o perfil dessas mulheres e analisá-las quanto à aceitação em fazer o exame de Papanicolaou durante a gestação para a prevenção do CCU. As estudosas

constataram que a maioria das entrevistadas (84,0%) achou importante fazê-lo na gestação, entretanto 81,5% afirmaram que fariam o Papanicolaou estando grávidas. Ainda, foi revelado que a maior parte (76,5%) respondeu que não há prejuízo da gravidez ao fazer o exame durante a gestação.

Buscas realizadas na literatura têm demonstrado uma escassez de estudos que retratem a atitude de gestantes em relação ao exame preventivo do CCU. O que se tem percebido são dados sobre a atitude de mulheres fora do período gestacional. Os critérios estabelecidos para classificação variaram entre os estudos. Alguns deles têm apresentado como resultado baixa adequação da atitude (AL SAIRAFI; MOHAMED, 2009; BAZÁN; POSSO; GUTIÉRREZ, 2007; BRENNAN *et al.*, 2001; MUTYABA; MMIRO; WEIDERPASS, 2006; VASCONCELOS *et al.*, 2011). Todavia, outros com percentuais superiores a 50% de atitude adequada, conforme segue: 63,3% (FERNANDES *et al.*, 2009), 67,2% (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014), 74,1% (RIBEIRO *et al.*, 2013), 76,82% (ASUZU; UNEGBU; AKIN-ODANYE, 2012), 77% (SILVA; SILVA, 2012), 80,4% (AHMED *et al.*, 2013), 80,5% (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005), 90,7% (LARTEY; JOUBERT; CRONJE, 2003), 97,4% (NERI *et al.*, 2013).

No tocante à prática, cerca de metade das entrevistadas (50,9%) foram classificadas como tendo de forma adequada.

Quando indagadas sobre a realização do exame, a maioria (77,1%) afirmou já ter se submetido ao Papanicolaou alguma vez na vida. Esse percentual é bem superior quando comparado a dados de pesquisas com distintas populações femininas em vários países: 3,9%, na República Democrática Popular Lau; 9,0%, na República Democrática do Congo; 11,6%, entre estudantes universitárias de 26 universidades de 25 países da Ásia, África e América; e 26,5%, na Nigéria (SICHANH *et al.*, 2014) (ALI-RISASI *et al.*, 2014) (PENGPID; PELTZER, 2014) (ASUZU; UNEGBU; AKIN-ODANYE, 2012), respectivamente.

Em contrapartida, outros estudos realizados, seja fora do país ou em diversos estados brasileiros, revelam concordância com o achado da presente pesquisa (HAWKINS *et al.*, 2011; FRANÇA; FRANÇA; MORAES, 2013; SILVA; SILVA, 2012; SILVEIRA *et al.*, 2011; LUCENA *et al.*, 2011; DI LANNA; COSTA; TOLEDO NETO, 2014).

Entre as que nunca realizaram o exame, o principal motivo citado foi o descuido. Outras causas encontradas: a vergonha, o fato de não considerar o exame necessário, o medo e a dificuldade de agendar a coleta.

O sentimento de vergonha, segundo Pelloso, Carvalho e Higarashi (2004), está diretamente relacionado com a impessoalidade do procedimento que envolve a exposição do

corpo e a sua sexualidade. Assim, é necessário que o profissional de saúde busque meios para minimizar estes sentimentos de vergonha e constrangimento, demonstrando empatia e fazendo com que a mulher se sinta o mais à vontade possível (DUAVY *et al.*, 2007).

Em relação à realização do exame preventivo do CCU durante a gestação atual, 91,6% das gestantes não o fizeram e apenas seis estavam com dia agendado para realizar a coleta. Esse percentual está de acordo com pesquisas realizadas com mulheres grávidas em São Luís-MA (SOUZA *et al.*, 2013) e Fortaleza-CE (PEIXOTO *et al.*, 2012), nas quais foi constatado que 80% e 82,9% das entrevistadas, respectivamente, não realizaram o Papanicolaou na gestação em curso.

Quando interrogadas sobre os motivos para não terem realizado o exame estando gestante, a não solicitação do exame pelo médico/enfermeiro e a desinformação da possibilidade de realizar o exame estando grávida foram as principais causas apontadas. Esses dados corroboram com um estudo feito por Cesar *et al.* (2012), no município de Rio Grande-RS, no qual dentre as 2.288 mulheres que frequentaram pré-natal e não foram submetidas ao exame citopatológico do colo uterino, o desconhecimento da necessidade de realizá-lo no período gestacional foi apontado como principal motivo para sua não efetivação.

Outra pesquisa, dessa vez realizada por Fernandes *et al.* (2009), com 267 mulheres no município de São José do Mipibu-RN, evidenciou que o profissional de saúde exerce um papel importante sobre a prática, conseqüentemente sobre a cobertura do Papanicolaou. Particularizando para as gestantes, a influência do profissional torna-se mais evidente, já que, na pesquisa em tela, muitas entrevistadas desconheciam que poderiam realizar o exame estando gestante ou não o fizeram por falta de solicitação do profissional, sugerindo que não foram informadas ou bem orientadas acerca da temática durante as consultas de rotina pré-natal.

Outro motivo que se destacou para a não realização do exame durante a gestação foi o medo de aborto ou de machucar o bebê. Esse achado é reforçado com dados de um estudo realizado por Jorge *et al.* (2011), no município de Itapiúna-CE, onde algumas entrevistadas citaram que a gravidez e o instinto de proteção ao feto ainda eram fatores limitantes para a coleta uterina.

Ainda nesse contexto, observou-se que dentre as entrevistadas que estavam na segunda gestação em diante (n=122), 78,7% (n=96) não se submeteram ao exame de prevenção em gestações anteriores, o que fortalece a afirmação de que não é rotineira a prevenção do CCU na gestação.

Entre aquelas que já fizeram o exame alguma vez na vida, excetuando as que o realizaram na atual gestação, o intervalo de realização do último exame foi de um ano ou menos para 63,9% das gestantes. Esse valor é próximo aos 76,8% constatado em um estudo realizado por Borges *et al.* (2012), com 772 mulheres, cujo objetivo foi determinar a prevalência autorreferida do exame preventivo de câncer do colo uterino em Rio Branco-AC.

Apesar da maioria desse grupo de gestantes realizar o Papanicolaou com frequência até anualmente, ainda foi observado que 20,4% delas se submeteram ao último exame há mais de três anos. Os principais motivos relatados para ficar mais de três anos sem realizar um exame foram o descuido e não estarem doente ou não sentirem nada. Ainda foram citados: dificuldade de agendar coleta, não gostar de fazer o exame, vergonha, medo e não achar necessário.

O descuido está entre os principais obstáculos identificados para a não realização periódica do Papanicolaou em estudos realizados por Peretto, Drehmer e Bello (2012) e Fernandes *et al.* (2009). A mulher, com sua rotina no mercado de trabalho somada a atividades de cuidados com a família, acabou sendo sobrecarregada, dificultando a realização de práticas de autocuidado (RAFAEL; MOURA, 2010). No entanto, é contundente que estratégias sejam realizadas tanto no contexto familiar como nas equipes de saúde com a finalidade de que haja maior engajamento da mulher a comportamentos preventivos.

Além disso, a irrelevância dada ao ato de se prevenir está embutida no fato de estar assintomática como justificativa para não realizar o exame periodicamente, razão também apontada em um estudo desenvolvido por Albuquerque *et al.* (2014). Ainda, infelizmente, é dada mais importância à cura de doenças em detrimento da prevenção (SILVA *et al.*, 2010).

A ESF traz como proposta uma perspectiva de melhoria da atenção à saúde permeada pela promoção da saúde, na qual a resolução de problemas seja vista de forma intersetorial. Nesse sentido, é necessária que haja uma reflexão crítica acerca de barreiras de acesso relatadas por algumas entrevistadas e sentimentos que possam ser citados como negativos para a não adesão ao exame com a frequência adequada.

No entanto, a realização do exame por si só não é suficiente. É fundamental o retorno para recebimento do resultado durante uma consulta para que orientações e tratamentos sejam apropriadamente dirigidos. Dessa forma, as mulheres que não completam esse percurso podem ser classificadas como tendo uma prática inadequada.

Em relação ao retorno para recebimento do resultado, dentre as gestantes entrevistadas que realizaram o exame preventivo pelo menos uma vez na vida, a maioria,

83,0% (n=137), havia retornado para receber o resultado referente ao último exame e 6,1% (n=10) estavam aguardando laudo. A alegação do não retorno foi principalmente de cunho pessoal: esquecimento, mudança de endereço, falta de tempo ou medo do resultado. Uma gestante relatou que não retornou porque não foi orientada sobre a importância de receber o resultado.

Em contrapartida, entre as gestantes que retornaram e não conseguiram mostrar o resultado, a única causa apontada foram entraves institucionais. A demora de chegada do resultado ou o fato de nunca estar pronto, não ter profissional para quem mostrasse no mesmo dia da procura do laudo e a dificuldade de agendar consulta de retorno foram os obstáculos.

Alguns estudos têm apontado que a estrutura institucional pode impedir para que o resultado do exame não seja entregue à mulher: atraso na liberação do laudo, falha de comunicação entre a clientela e o serviço e dificuldade para conseguir consulta de retorno. Quanto aos motivos relacionados à própria mulher, destacam-se o esquecimento, mudança de endereço e a falta de tempo devido ao trabalho (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006; MARTINS *et al.*, 2010; VASCONCELOS *et al.*, 2011).

É primordial que a rede de saúde busque meios para organizar seus serviços, de modo que o cuidado seja prestado com qualidade e integralmente à mulher em todo o ciclo de prevenção do CCU. Vale salientar ainda que o profissional de saúde, durante o momento da coleta citopatológica, deve aproveitar a ocasião para fortalecer sobre a importância da prevenção periódica e o retorno da mulher para recebimento do resultado.

No presente estudo, foram realizadas diversas associações entre as variáveis abordadas. Constatou-se, primeiramente, que gestantes que tenham nove ou mais anos de estudos tendem a ter menos filhos ($p=0,029$). Conforme dados do IBGE (IBGE, 2014b), é notório que mulheres com maior escolaridade adiem mais a maternidade e, ao término do período reprodutivo, maior proporção permanece até não tendo filho.

No que concerne à adequação do conhecimento, da atitude e da prática em relação ao exame preventivo do CCU, encontrou-se associação estatisticamente significativa com a idade ($p=0,000$; $p=0,042$; $p=0,000$; respectivamente). Maiores médias de renda, de números de gestações e de consultas na gestação atual também estiveram correlacionadas à adequação, embora não tenham sido verificadas associações estatísticas.

Diversos pesquisadores identificaram relação entre a idade e seguimentos do CAP. No estudo desenvolvido por Albuquerque *et al.* (2014), houve associação estatística significativa com os três seguimentos e, no de Vasconcelos *et al.* (2011), com o conhecimento e a atitude. Para Ideström, Milsom e Andersson-ellström (2002), mulheres com mais idade

têm conhecimento melhor acerca do exame preventivo. Já na pesquisa realizada por Cirino, Nichiata e Borges (2010), a idade exerceu influência positiva na atitude quanto à prevenção do CCU e na realização do exame com periodicidade anual.

No tocante à renda familiar, corroborando com os resultados encontrados, mulheres com rendas maiores obtiveram melhores adequações do conhecimento (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; CIRINO; NICHATA; BORGES, 2010; HAWKINS *et al.*, 2011), da atitude (FERNANDES *et al.*, 2009) e da prática (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005; HAWKINS *et al.*, 2011).

No que diz respeito à gestação e consequentemente à paridade, esta última tem sido associada ao exame preventivo do CCU. A literatura tem demonstrado relação positiva entre a paridade e o CAP, seja com os três componentes (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014), seja com a atitude e a prática (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005) ou somente com a prática (FERNANDES *et al.*, 2009).

No que se refere ao número de consultas na gestação atual, é esperado que mulheres que tiveram mais atendimentos estejam concentradas, em maior proporção, na classificação adequada. Nesse sentido, um estudo realizado com 2.288 mulheres que frequentaram pré-natal revelou que a assiduidade de consultas durante a gestação apareceu diretamente associada, e de forma significativa, à maior cobertura para o exame preventivo do CCU (CESAR *et al.*, 2012).

Outras características sociodemográficas das gestantes também foram associadas ao conhecimento, à atitude e à prática. O estado conjugal foi determinante, frisando que todas as participantes que não convivem com o companheiro tinham conhecimento inadequado ($p=0,003$). Além disso, percentuais maiores de atitude e de prática adequadas estavam representados pelas casadas/ união estável.

Ao contrário do que foi identificado, Fernandes *et al.* (2009), na cidade de São José do Mipibu-RN, narraram que as solteiras possuíam melhores conhecimento e atitude. No entanto, existem vários estudos que retratam que conviver com companheiro, relativo à prevenção do CCU, é vantajoso. Um exemplo disso é uma pesquisa realizada na República Democrática do Congo, continente africano, que revelou que mulheres sozinhas (solteiras, divorciadas ou viúvas) estão negativamente associadas com o conhecimento e com a prática (ALI-RISASI *et al.*, 2014).

No Brasil, em Santo Ângelo-RS, as mulheres casadas mostraram melhor adequação nas atitudes e práticas (RACHO; VARGAS, 2007). Já no município de São Paulo-SP, as mulheres com parceiro apresentaram, percentualmente, maior conhecimento sobre o

objetivo do Papanicolaou e sobre a periodicidade com que o preventivo deveria ser realizado (CIRINO; NICHIATA; BORGES, 2010). Por sua vez, em estudos realizados no nordeste brasileiro, mulheres que comoram com cônjuge estão associadas significativamente com a adequação dos três componentes CAP (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014) ou apenas com o conhecimento e a prática adequados (VASCONCELOS *et al.*, 2011).

Não houve relação estatisticamente significante entre a escolaridade e o CAP, apesar das gestantes com menos de nove anos de estudo terem sido mais classificadas no conhecimento e prática inadequados. Em contrapartida, Racho e Vargas (2007), objetivando avaliar a adequação das atitudes e práticas de 272 mulheres (professoras, alunas e funcionárias) de uma comunidade universitária gaúcha sobre o exame preventivo de câncer do colo uterino, identificaram que as entrevistadas com mais escolaridade se mostraram mais adequadas.

Em buscas realizadas na literatura, ao relacionar mulheres que tenham mais anos de estudo, encontrou-se que o conhecimento e a atitude foram positivamente associados por Albuquerque *et al.* (2014), Fernandes *et al.* (2009), Gamarra, Paz e Griep (2005) e Vasconcelos *et al.* (2011). O seguimento conhecimento também foi constatado nas pesquisas de Ali-Risasi *et al.* (2014) e Hawkins *et al.* (2011). Em relação à prática, a associação foi revelada por Nguyen *et al.* (2002) e Fernandes *et al.* (2009).

Por conseguinte, no presente estudo, as gestantes que desenvolviam atividade remunerada tinham conhecimento ($p=0,122$), atitude ($p=0,034$) e prática ($p=0,099$) mais apropriados. Em consonância com esse achado, Vasconcelos *et al.* (2011) observaram, entre as mulheres que trabalhavam fora de casa, proporções mais elevadas de conhecimento ($p<0,05$), de atitude e de prática ($p>0,05$) adequados sobre o exame colpocitológico. Segundo Ali-Risasi *et al.* (2014), ter um emprego formal é significante para com a adequação do conhecimento. A literatura ainda afirma que trabalhar fora de casa exerce influência positiva em relação à atitude (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005) e à prática (FERNANDES *et al.*, 2009). Fica perceptível, então, que desempenhar uma atividade laboral favorece a preocupação com o autocuidado.

No que diz respeito à classe econômica, as gestantes das classes D e E obtiveram maiores percentuais de inadequação. Outros estudos também revelaram que a classificação econômica tem relação direta com o conhecimento, a atitude e a prática adequados, uma vez que as mulheres mais abastadas estiveram mais concentradas na classificação de adequação (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; FERNANDES *et al.*, 2009).

Pôde-se verificar, na pesquisa em tela, associação estatisticamente significativa entre o uso de métodos contraceptivos anteriormente à gestação atual e a prática adequada ($p=0,003$). Além disso, o conhecimento e a atitude adequados estiveram em maiores proporções nessas gestantes, porém sem significância estatística.

Investigações com mulheres fora do período gestacional constataram que utilizar algum método contraceptivo exerce influência, acerca do exame preventivo, no conhecimento (FERNANDES *et al.*, 2009), na atitude (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005) e na prática (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; FERNANDES *et al.*, 2009). Dessa forma, entende-se que a ida da mulher ao serviço de saúde, com o objetivo de fazer o planejamento familiar, colabora para que elas busquem informações e estejam mais propensas à prevenção.

A adequação do conhecimento esteve, ainda, associada ao fato de ter realizado o exame alguma vez na vida ($p=0,001$), na gestação atual ($p=0,030$) ou em gestação anterior ($p=0,007$). Nesse contexto, Cirino, Nichiata e Borges (2010) perceberam que, das 134 adolescentes avaliadas, 56,5% daquelas que já haviam realizado o exame de Papanicolaou conheciam seu objetivo, com diferença significativa em relação àquelas que nunca realizaram o exame. Vasconcelos *et al.* (2011), avaliando 250 mulheres que realizaram o preventivo pelo menos uma vez, ao associarem o conhecimento com a frequência de execução do exame, revelaram que 85,2% daquelas que estavam realizando-o pela primeira vez e 75,0% entre as que o realizaram com intervalo superior a três anos foram classificadas como com conhecimento inadequado. Assim, o fato de já ter se submetido ao preventivo ou fazê-lo com intervalo menor de tempo colabora para com o conhecimento adequado.

Dando seguimento, no presente estudo, ao serem feitas associações entre os componentes do CAP, notou-se que apenas 8,7% das gestantes com conhecimento adequado têm atitude inadequada. Além disso, as gestantes com conhecimento ($p=0,004$) e atitude ($p=0,030$) satisfatórios apresentam prática mais adequada.

Em uma pesquisa desenvolvida por Silva e Silva (2012), estimou-se que o aumento do conhecimento e da atitude favoreceu ao incremento da prática e, de acordo com a lógica da atitude em relação ao exame Papanicolaou, identificou-se que a prática esteve subordinada ao fato da mulher ter ouvido a respeito do exame.

Por sua vez, Pengpid e Peltzer (2014), ao indagarem 9194 estudantes universitárias de diversos países, mostraram que ter atitude positiva foi determinante para efetivação da prática do exame preventivo do CCU. Dessa forma, conhecer o exame e sua finalidade é essencial para que não somente as gestantes, e sim, mulheres de um modo geral, atribuam importância à realização e o façam com a devida periodicidade.

Por fim, na investigação em tela, a adequação do conhecimento, da atitude e da prática foi comparada entre as gestantes que, em acompanhamento pré-natal, estavam distribuídas em seis unidades de saúde, sendo que cada UAPS representou uma das secretarias regionais da cidade de Fortaleza, estado do Ceará. Constatou-se que o conhecimento e a atitude foram mais adequados na regional VI e menos na III e na V, respectivamente. No tocante à prática, a adequação foi superior na regional III e inferior na I.

Vale salientar que não houve relação estatística significativa em nenhum dos itens avaliados, apesar de oscilações nos percentuais observados. Assim, pode-se deduzir que o conhecimento em relação ao exame preventivo do CCU é deficiente entre as gestantes da capital cearense. No que se referem aos demais aspectos, notou-se que, apesar da atitude estar mais positiva (geralmente acima de 80% de adequação), somente metade das pesquisadas apresentavam prática satisfatória.

Dessa forma, é explícita a necessidade de que sejam propostas alternativas a fim de aprimorar o conhecimento das gestantes em relação ao exame preventivo porque, conforme exposto anteriormente, muitas das que não realizaram o Papanicolaou durante a gestação alegaram que foi por desconhecer que seria possível fazê-lo estando gestante. Ainda, é primordial que profissionais de saúde estejam mais atentos à prevenção do CCU durante o acompanhamento pré-natal.

7 CONCLUSÕES

Com base nos objetivos anteriormente traçados e nos resultados encontrados, é possível destacar as seguintes conclusões:

- ✓ A idade média das gestantes foi 24,7 (DP± 6,2) anos e a renda variou de R\$ 150,00 a R\$ 4.500,00, sendo a média dos referidos valores de R\$1.242,32 (DP ± 757,85);
- ✓ Parcela substancial das gestantes convivia com o companheiro (casadas ou com união estável), possuía nove ou mais anos de estudo, tinha alguma religião, não desempenhava atividade com remuneração e estava concentrada nas classes econômicas D e E;
- ✓ A maior parte das entrevistadas era primigesta, estava no terceiro trimestre, havia feito uso de métodos contraceptivos anteriormente à gestação atual. A concentração de gestantes foi decrescente com o aumento do número de gestações;
- ✓ Quase todas as gestantes já tinham ouvido falar sobre o exame preventivo do CCU, mas somente uma pequena parcela foi classificada com conhecimento adequado;
- ✓ Gestantes com mais idade e casadas ou com união estável apresentaram melhor conhecimento em relação ao exame preventivo do CCU (sendo verificada associação estatisticamente significativa);
- ✓ Proporções maiores de gestantes com médias mais elevadas de renda, de número de gestações e de consultas na gestação atual, de classes econômicas mais altas e com utilização pregressa de método contraceptivo tinham conhecimento adequado;
- ✓ A atitude adequada esteve associada significativamente à idade e à situação laboral;
- ✓ Gestantes com médias mais elevadas de renda, de número de gestações e de consultas na gestação atual, que conviviam com companheiro, que faziam uso de contraceptivo antes da gestação atual e de classes econômicas mais elevadas estavam percentualmente mais concentradas na classificação de adequação da atitude;

- ✓ A prática apresentou associação significativa com média mais elevada de idade, com a classe econômica e com o uso de método contraceptivo progressivo;
- ✓ Proporções maiores de gestantes com prática adequada apresentaram médias mais elevadas de renda, de número de gestações e de consultas na gestação atual, conviviam com o companheiro, possuíam mais anos de estudo e desenvolviam atividade remunerada;
- ✓ Gestantes que já realizaram o exame alguma vez, na gestação atual ou em gestação anterior foram associadas significativamente ao conhecimento adequado;
- ✓ Proporção substancial de gestantes com conhecimento adequado possuía adequação da atitude;
- ✓ Gestantes com conhecimento e atitude adequados tinham prática mais satisfatória (associação estatisticamente significativa);
- ✓ As gestantes, em acompanhamento pré-natal na cidade de Fortaleza, apresentaram conhecimento deficitário, atitude que se sobressai e prática mediana em relação ao exame preventivo do CCU.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do inquérito CAP foi muito vantajosa, porque, além de possibilitar uma aproximação com as gestantes e elucidação de dúvidas, propiciou avaliar seus conhecimentos, atitudes e prática em relação ao exame preventivo do CCU.

Com base nos resultados e na sua confrontação com a literatura consultada, pode-se concluir que as gestantes, mesmo que tenham ouvido falar a respeito do exame preventivo do CCU, possuem conhecimento inadequado sobre sua real finalidade e a respeito da possibilidade de realizá-lo, sem prejuízo, durante a gestação.

Vale destacar que, apesar da adequação da atitude ter se sobressaído, a prática não foi suficientemente satisfatória. Diversas grávidas que, por conta do avanço da idade gestacional, não tinham mais condições favoráveis para fazê-lo durante a gestação atual, passaram por atendimentos de rotina pré-natal e continuaram com prática inadequada. Assim, foi perdida a oportunidade, talvez a única, de oferecer e realizar o exame preventivo do CCU e em tempo oportuno.

Os motivos citados pelas entrevistadas para não terem se submetido ao Papanicolaou foram diversificados. No entanto, ressaltam-se a falta de solicitação do profissional de saúde e o desconhecimento de que a gestação não é impeditiva. Dessa forma, as informações e orientações durante o pré-natal estão deficitárias e é necessária mais atenção por parte da equipe de saúde no que se refere à prevenção do CCU.

Embora tenham sido percebidas oscilações nos percentuais de adequação entre as secretarias regionais da capital cearense, no geral, o conhecimento, a atitude e a prática das gestantes em relação ao exame preventivo do CCU necessitam ser melhorados em toda a cidade. Soma-se ao fato de que entraves institucionais foram apontados como causa para a não consulta de retorno e recebimento do laudo. Logo, é essencial que a rede de saúde busque alternativas para organizar seus serviços, a fim de que seja prestada uma atenção integral e de qualidade à mulher.

Nesse sentido, ao devolver os resultados da pesquisa à secretaria municipal de saúde de Fortaleza, espera-se que o conhecimento das informações repassadas favoreça a reflexão sobre a organização do atendimento e identificação de possíveis carências, bem como contribua para se pensar em novas formas de solucionar satisfatoriamente as demandas e necessidades reconhecidas, com vistas à melhoria do atendimento.

Recomenda-se que este estudo seja replicado com outras gestantes, não somente da capital cearense, como também de muitas cidades do Brasil. O câncer do colo do útero se constitui em uma problemática de saúde e a gestação é um momento oportuno para a prevenção. Torna-se, então, primordial fomentar as ações de promoção da saúde relacionadas à mulher, focadas no seu empoderamento e, com isso, oportunizar uma assistência pré-natal de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015. ABEP, 2014. Disponível em: < <http://www.abep.org/>>. Acesso em: 03 set. 2015.
- AHMED, S.A.; SABITU, K.; IDRIS, S.H.; AHMED, R. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening among market women in Zaria, Nigeria. **Nigerian Medical Journal**, v. 54, Issue 5, Sept./Oct., 2013.
- ALBUQUERQUE, C.L.F.; COSTA, M.P.; NUNES, F.M.; FREITAS, R.W.J.F.; AZEVEDO, P.R.M.; FERNANDES, J.V.; REGO, J.V.; BARRETO, H.M. Knowledge, attitudes and practices regarding the Pap test among women in northeastern Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**. v.132, n.1, p. 3-9, 2014.
- ALI-RISASI, C.; MULUMBA, P.; VERDONCK, K.; BROECK, D.V.; PRAET, M. Knowledge, attitude and practice about cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. **BMC Women's Health**, 14:30, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/30>>. Acesso em: 19 jun 2015.
- AL SAIRAFI, M.; MOHAMED, F.A. Knowledge, Attitudes, and Practice Related to Cervical Cancer Screening among Kuwaiti Women. **Med Princ Pract**, v. 18, p.35-42, 2009.
- ANJOS, S.J.S.B.; RIBEIRO, S.G.; LESSA, P.R.A.; NICOLAU, A.I.O.; VASCONCELOS, C.T.M.; PINHEIRO, A.K.B. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n.4, p. 508-513, jul./ago., 2013.
- ARRUDA, F.S.; OLIVEIRA, F.M.; LIMA, R.E.; PERES, A.L. Conhecimento e prática na realização do exame de papanicolaou e infecção por hpv em adolescentes de escola pública. **Revista Paraense de Medicina**. v.27, n.4, p. 59-66, out./dez., 2013.
- ASUZU, C. C.; UNEGBU, J.; AKIN-ODANYE, E. Knowledge, attitude and behaviour of the University of Ibadan women towards cancer of the cervix and its prevention. **Psycho-Oncology**, v. 21, p.1010–1015, 2012.
- BARBOSA, R.M.; PINHO, A.A.; SANTOS, N.S.; FILIPE, E.; VILLELA, W.; AIDAR, T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1085-1099, 2009.
- BAZÁN, F.; POSSO, M.; GUTIÉRREZ, C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. **Anales de la Facultad de Medicina**, v. 68, n.1, p. 47 - 54, 2007.
- BEREK, J.S.; ADASHI, E.Y; HILLARD, P.A. **Tratado de Ginecologia**. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Brasília: Ministério da Educação, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética em pesquisa – CONEP. **Resolução nº 466: sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012c, 12p.

_____. Ministério da Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>> Acesso em: 11 mai. 2015.2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158p.

_____. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica DAB/SAS/MS**. Publicado em 19 de agosto de 2014. 2014b (Portal do CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). Disponível em: <http://www.conasems.org.br/images/NT_E-SUS_SISAB_1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 95 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** – 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 72p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 176 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto. Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 28p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002b.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Seção 1, nº. 121, p. 109-111, 27 jun. 2011. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/autenticidade.html>>, pelo código 00012011062700109. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Resolução nº4, de 26 de agosto de 2015. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Diário Oficial da União**. Seção 1, nº 165, p.98-116, 28 ago. 2015.2015a. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/autenticidade.html>>, pelo código00012015082800098. Acesso em: 18 jul. 2016.

BRENNA, S. M. F; HARDY, E.; ZEFERINO, L.C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, p. 909-914, jul./ago., 2001.

BRENNA, S.M.F.; GUEDES, A.C.; MARIANI NETO, C. Câncer genital e mamário na gravidez. **Femina**, v. 30, n. 8, p. 543-548, 2002.

BORGES, M. F. S. O.; DOTTO, L. M.G.; KOIFMAN, R.J.; CUNHA, M.A; MUNIZ, P.T. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p.1156-1166, jun., 2012.

CERIGO, H.; MACDONALD, M.E.; FRANCO, E.L.; BRASSARD, P. Inuit women's attitudes and experiences towards cervical cancer and prevention strategies in Nunavik, Quebec. **Int J Circumpolar Health**, v. 71, 2012. Disponível em: <<http://journals.co-action.net/index.php/ijch/article/view/17996>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

CESAR, J.Á.; SANTOS, G.B.; SUTIL, A.T.; CUNHA, C.F.; DUMITH, S.C. Citopatológico de colo uterino entre gestantes no Sul do Brasil: um estudo transversal de base populacional. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.34, n.11, p.518-23, 2012.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H.Y.S.O.; ARAÚJO, M.R.N. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

CIRINO, F.M.S.B.; NICHATA, L.Y.I.; BORGES, A.L.V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm** v.14, n.1, p.126-34, jan./mar., 2010.

COELHO, E.A.C.; SILVA, C.T.O.; OLIVEIRA, J.F.; ALMEIDA, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Revista Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. de (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003, 176p.

DI LANNA, C.C.; COSTA, T.V.; TOLEDO NETO, J.L. Conhecimento sobre o câncer de colo uterino e o estigma acerca do Exame Papanicolaou. **Rev. Odontologia (ATO)**, Bauru, SP., v. 14, n. 9, p. 531-545, set., 2014.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SENNA, D.M. Saúde da Mulher. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p.86-108. Série Didática.

DIOGO, E.F.; SOUZA, T.; ZOCCHÉ, D.A. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. **Enfermagem em Foco**, v.2, n.1, p.10-13, 2011.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425–437, mar. 2012. doi: 10.1590/S0102-311X2012000300003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>>. Acesso em: 03 jun.2015

DUAVY, L.M.; BATISTA, F.L.R.; JORGE, M.S.B.; SANTOS, J.B.F. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 733-42, 2007.

EL-HAMMASI, K.; SAMIR, O.; KETTANEH, S.; AL-FADLI, A.; THALIB, L. Use of and Attitudes and Knowledge about Pap Smears among Women in Kuwait. **Journal of women's health**, v. 18, n. 11, 2009.

FERNANDES, C.L.C.; CURRA, L.C.D. Ferramentas de abordagem familiar. Porto Alegre: **Artmed/Panamericana**, 2006.

FERNANDES, J.V.; RODRIGUES, S.H.L.; COSTA, Y.G.A.S.; SILVA, L.C.M.; BRITO, A. M.L.; AZEVEDO, J.W.V.; NASCIMENTO, E.D.; AZEVEDO, P.R.M., FERNANDES, T.A. A.M. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n.5, p. 851-858, 2009.

FONSÊCA, W.; GODOI, S.D.C.; SILVA, J.V.B. Papanicolaou na terceira idade: conhecimento e atitude das idosas cadastradas em uma Estratégia de Saúde da Família da cidade de Itaporã - MS. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 357-369, set./dez. 2010. doi:10.5335/rbceh.2010.033 Acesso em: 03 jun.2015

FRANÇA, M.C.A.; FRANÇA, M.C.S.; MORAES, S.D.S. Conhecimento de mulheres acerca do papilomavírus humano e sua relação com o câncer de colo uterino. **Cogitare Enferm**, v.18, n.3, p.509-14, jul./set., 2013.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Ind030204 - Proporção (%) de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, por ano, segundo região e escolaridade da mãe [Internet]. Rio de Janeiro: Portal Determinantes Sociais da Saúde. **Observatório sobre Iniquidades em Saúde**. CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ; 2012 Jan 30. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind030204-20120130.pdf>>. Acesso em: 03 jun.2015

FORTALEZA. Decreto nº 13.493 de 30 de dezembro de 2014. **Diário Oficial do Município**. nº 15.450. Ano LXI. Fortaleza, 23 jan. 2015 b.

_____. **Prefeitura Municipal de Fortaleza**. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>>. Acesso em: 09 mai. 2015 a.

GALVÃO, L; DIAZ, J. (org). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. Série Saúde em Debate.

GAMARRA, C.J.; PAZ, E.P.A; GRIEP, R.H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n.2, p. 270-276, 2005.

GOMES, R.M.T.; CÉSAR, J.A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.8, n.27, p.80-9, 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(27\)241](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(27)241)>. Acesso em: 05 mai. 2016.

GONÇALVES, C.V.; DUARTE, G.; COSTA, J.S.D.; QUINTANA, S.M.; MARCOLIN, A.C. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 5, p. 2501-2510, 2011.

GREENWOOD, A.S.; MACHADO, M.F.A.S.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.4, p.503-9, jul./ago., 2006.

HAWKINS, N.A.; COOPER, C.P.; SARAIYA, M.; GELB, C.A.; POLONEC, L. Why the Pap Test? Awareness and Use of the Pap Test Among Women in the United States. **Journal of women's health**, v. 20, n. 4, p.511-515, 2011.

HOFMEYR, G.J.; HODNETT, E.D. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO antenatal care trial - Comentary: routine antenatal visits for healthy pregnant women do make a difference. **Reproductive Health**, 10:20, 2013.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S., *et al*. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3 ed. Porto Alegre: Atmed, 2008.

HUNTER, M.I.; MONK, B.J.; TEWARI, K.S. Cervical neoplasia in pregnancy: part 1: screening and management of preinvasive disease. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, [s.l.], v. 199, n. 1, p. 3-9, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e socioeconômica número 25. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 34. **Síntese de Indicadores Sociais Uma análise das condições de vida da população brasileira 2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014b.

____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010 Famílias e Domicílios Resultado da Amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Registro Civil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014a. p.1-82.

IDESTRÖM, M.; MILSOM, I.; ANDERSSON-ELLSTRÖM, A. Knowledge and attitudes about the Pap-smear screening program: a population-based study of women aged 20–59years. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v.81, p. 962–967, 2002.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas da Mortalidade**. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 02 jun.2015b.

____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. 124p. : il. col., mapas.

____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015a. 122 p.

JEKEL, J.J.; KATZ, D.L.; ELMORE, J.G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2 ed. Porto Alegre:Artmed, 2005.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **AECS Illumination**. v. IV, n.1, jan./mar., 2004.

JORGE, R.J.B.; SAMPAIO, L.R.L.; DIÓGENES, M.A.R.; MENDONÇA, F.A.C.; SAMPAIO, L.L. Fatores associados a não realização periódica do exame papanicolaou. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p.606-12, jul./set., 2011.

LARTEY, M.; JOUBERT, G.; CRONJE, H.S. Knowledge, attitudes and practices of rural women in South Africa regarding the Pap smear. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 83, p. 315–316, 2003.

LIMA, A.P.; TEIXEIRA, R.C.; CORRÊA, A.C.; OLIVEIRA, Q.C. Câncer de mama e de colo uterino no período gestacional: uma revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n.4, p.699-706, out./dez., 2009.

LOPES, M.S.V.; MACHADO, M.F.A.S.; BARROSO, L.M.M.; MACÊDO, E.M.T; COSTA, R.P.; FURTADO, L.C.S. Promoção da saúde na percepção de profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Rene**, v.14, n.1, p.60-70, 2013.

LÓPEZ-OLMOS, J.; TERRADEZ, J.J.; GASULL, J. Prostitutas: infecciones vaginales y lesiones cervicales en la citología cervicovaginal. **Clin. invest. ginecol. Obstet.**, v.36, n.6, p. 194-202, nov./dic. 2009.

LUCENA, L.T.; ZÃN, D.G.; CRISPIM, P.D.T.B; FERRARI, J.O. Fatores que influenciam a realizaçãõ do exame preventivo do câncercêrvico-uterino. **Rev Pan-Amaz Saude**, v.2, n.2, p.45-50, 2011.

MARCONI, M.A., LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execuçãõ de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboraçãõ, análise e interpretaçãõ de dados**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARINHO, L.A.B.; COSTA-GURGEL, M.S.; CECATTI, J.G.; OSIS, M.J.D. Conhecimento, atitudo e prática do auto-exame de mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p.576-582, 2003.

MARTINS, L.G.; PINHEIRO, A.K.B.; VASCONCELOS, C.T.M.; FALCÃO JÚNIOR, P.J.S. Exame de papanicolaou: fatores que influenciam as mulheres a não receberem o resultado. **Enfermería Global**, Nº 20, Outubro, 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_clinica6.pdf>. Acesso em: 03 jun.2015.

MUTYABA, T.; MMIRO, F.A.; WEIDERPASS, E. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. **BMC Medical Education**, 6:13, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/6/13>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

NASCIMENTO, L.F.C. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern Infant**, v.3, n.2, p. 187-194, 2003.

NERI, E.A.R.; MOURA, M.S.S.; PENHA, J.C.; REIS, T.G.O.; AQUINO, P.S.; PINHEIRO, A.K.B. Conhecimento, atitudo e prática sobre o exame papanicolaou de prostitutas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.3, p. 731-738, jul./set., 2013.

NGUYEN, T.T.; MCPHEE, S.J.; NGUYEN, T.; LAM, T.; MOCK, J. Predictors of Cervical Pap Smear Screening Awareness, Intention, and Receipt Among Vietnamese-American Women. **American Journal of Preventive Medicine**. v. 23, n. 3, p. 207–214, 2002.

NOVAIS, T.G.G.; LAGANÁ, M.T.C. Epidemiologia do câncercêrvico-uterino em mulheres gestantes usuárias de um serviço de pré-natal público. **Saúde coletiva**. v. 6, n. 27, p. 7-13, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212434003>> . Acesso em: 28 abr. 2015.

OLIVEIRA, I.R.; INAGAKI, A.D.M.; DALTRO, A.S.T.; GONÇALVES, L.L.C.; SANTOS, L.V. Práticas preventivas e fatores de risco para câncercêrvico-uterino entre docentes universitárias. **reme - Rev. Min. Enferm.**, v.13, n.2, p. 238-243, abr./jun., 2009.

OLIVEIRA, C.M.S.de; LOPES, R. L.M. Prevençãõ do câncercêrvico-uterino e participaçãõ feminina no Viva Mulher. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 18, n. 12, p.19-28, jan./ago., 2003.

OLIVEIRA, S.R.G.; WENDHAUSEN, Á.L.P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.129-147, jan./abr, 2014.

PEIXOTO, C.R.; LIMA, T.M.; COSTA, C.C.; FREITAS, L.V.; OLIVEIRA, A.S.; DAMASCENO, A.K.C. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.2, p.171-177, abr./jun., 2012.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, L. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, nov., 2004.

PENGPID, S.; PELTZER, K.. Attitudes and Practice of Cervical Cancer Screening among Female University Students from 25 Low, Middle Income and Emerging Economy Countries. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.15, n.17, p. 7235-7239, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.17.7235>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

PERETTO, M.; DREHMER, L.B.R.; BELLO, H.M.R. O não comparecimento ao exame preventivo do câncer de colo uterino: razões declaradas e sentimentos envolvidos. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.1, p.29-36, jan./mar., 2012.

PESSINI, S. A., SILVEIRA, G.P.G. Câncer Genital Feminino. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, E.R.J. (et al). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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

RACHO, D.; VARGAS, V.R.A. Análise da prática e atitude sobre o exame preventivo de câncer do colo do útero em uma comunidade universitária. **Rev Bras Anal Clin.**, v.39, n.4, p.59-63. 2007.

RAFAEL, R.M.R.; MOURA, A.T.M.S. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.1045-1050, mai., 2010.

RIBEIRO, K.F.C.; MOURA, M.S.S.; BRANDÃO, R.G.C.; NICOLAU, A.I.O.; AQUINO, P.S.; PINHEIRO, A.K.B. Conhecimento, atitude e prática de acadêmicas de enfermagem sobre o exame de papanicolaou. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n.2, p. 460-467, abr./jun., 2013.

RODRIGUES, D.A.; PEREIRA, E.R.; OLIVEIRA, L.S.S.; SPECK, N.M.G.; GIMENO, S.G.A. Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, povo indígena do Brasil Central. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.12, p. 2587-2593, dez, 2014.

SICHANH, C.; QUET, F.; CHANTHAVILAY, P.; DIENDERE, J.; LATTHAPHASAVANG, V.; LONGUET, C.; BUISSON, Y. Knowledge, awareness and attitudes about cervical cancer among women attending or not an HIV treatment center in Lao PDR. **BMC Cancer**, 14:161, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/14/161>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

SILVA, I.P.C.; DISCACCIATI, M.G. Conhecimento dos estudantes universitários sobre o câncer do colo do útero e infecção pelo Papillomavírus Humano. **J Health Sci Inst.**, v.31, n.4, p. 351-354, 2013.

SILVA, M.R.B.; SILVA, L.G.P. Conhecimento, atitudes e prática na prevenção do câncer uterino de uma unidade da zona oeste Rio de Janeiro. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v.4, n.3, p. 2483-2492, jul./set., 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1805/pdf_582> Acesso em: 19 jun. 2015.

SILVA, M.M.J.; CARDOSO, É.P.; CALHEIROS, C.A.P.; RODRIGUES, E.O.M.A.; LEITE, E.P.R.C.; ROCHA, L.C.D. O envolvimento paterno na gestação sob o olhar de gênero. **Revista de enfermagem UFPE on line.**, Recife, v.7, n.5, p.1376-81, maio, 2013.

SILVA, S.E.D.; VASCONCELOS, E.V.; SANTANA, M.E.; RODRIGUES, I.L.A.; MAR, D.F., CARVALHO, F.L. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Rev Esc Enferm USP.**, v.44, n.3, p.554-60, 2010.

SILVEIRA, C.F.; MELO, M.M.; RODRIGUES, L.R.; PARREIRA, B.D.M. Conhecimento de mulheres de 40 a 60 anos sobre o Papilomavírus humano. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.2, p.309-15, abr./jun., 2011.

SILVEIRA, G.P.G.; PESSINI, S.A. Câncer do colo do útero: lesões precursoras. In: **Halbe HW. Tratado de ginecologia**. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000.p. 2128-49.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. In: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 4v. v. 3.

SOUZA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: Uma agenda incompleta. **Cien Saude Colet.**, 14(Supl. 1), p.1325-1335, 2009.

SOUZA, N.A.; QUEIROZ, L.L.C.; QUEIROZ, R.C.C.S.; RIBEIRO, T.S.F.; FONSECA, M.S.S. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.15, n.1, p. 28-38, jan./jun., 2013.

TAVARES, A.S.; ANDRADE, M.; SILVA, J.L.L. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se em promoção da saúde**, v.5, n.1, p.30-32, 2009.

VASCONCELOS, C.T.M.; PINHEIRO, A.K.B.; CASTELO, A.R.P.; COSTA, L.Q.; OLIVEIRA, R.G. Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.1,[09 telas], jan./fev., 2011.

VICTORA, C.G.; MATIJASEVICH, A.; SILVEIRA, M.F.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D.; BARROS, F.C. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. **Health Policy Plan.**, 25, p.253-61, 2010.

YASSOYAMA; M.C.B.M; SALOMÃO, M.L.M; VICENTINI, M.E. Características das mulheres que realizam exame preventivo do colo do útero durante a gestação: bases para estratégias do Programa de Saúde da Família (PSF). **Arq Ciênc Saúde**, v.12, n.4, p.172-76, out./dez., 2005.

WANG, Q.; LIU, Y.; XIE, L.; HU, W.; LIU, B. Small cell carcinoma of the uterine cervix in pregnancy: A case report and review of the literature. **Oncology letters**. 9, p.91-95, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012**. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 03 jun.2015.

_____. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

_____. **Prevention**. (Cancer control : knowledge into action: WHO guide for effective programmes ; module 2). Switzerland. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Formulário N° _____ Data da Entrevista: ___/___/___ UAPS Regional: _____

PARTE 1	
<u>CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA</u>	
1. Idade: _____ anos	1. _____
2. Estado civil: 1- solteira 2- casada/ união estável 3- viúva 4-separada	2. _____
3. Escolaridade: 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	3. _____
4. Religião: 1-católica 2-evangélica 3-adventista 4-espírita 5- Outra: _____	4. _____
5. Qual a sua ocupação? 1- trabalho formal 2- trabalho informal 3 -estudante 4- desempregada 5- dona de casa 6- autônoma	5. _____
6. Quanto é a atual renda familiar? _____	6. _____
7. Classificação socioeconômica: 1-A; 2- B1; 3-B2; 4-C1, 5-C2; 6- D-E. (critério ABEP)	7. _____
<u>HISTÓRIA REPRODUTIVA</u>	
8. Com quantos anos iniciou a atividade sexual? _____	8. _____
9. Iniciou atividade sexual há mais de um ano? 1-Sim 2 -Não	9. _____
10. Utilização de método contraceptivo antes da gestação? 1- Sim 2- Não	10. _____
11. Se sim, qual? 1-preservativo masculino; 2- preservativo feminino; 3- contraceptivo oral; 4- contraceptivo injetável seja mensal ou trimestral; 5- coito interrompido 6- tabelinha 7- dispositivo intrauterino (DIU); 8- implante subcutâneo 9- diafragma 10- adesivo 11-anel vaginal.	11. _____
12. Histórico clínico prévio de IST: 1-Sim 2 - Não	12. _____
13. Se SIM, qual(is): 1-AIDS 2- Condiloma acuminado (HPV) 3-Sífilis, 4-Tricomoníase 5- Herpes 6- Hepatites virais 7- Gonorreia 8- Linfogranuloma venéreo 9- Cancro mole 10- Clamídia 11- Donovanose.	13. _____

14. Quantas vezes ficou grávida contando com a gestação atual? _____	14. _____
15. Teve algum aborto? (Incluir como aborto, qualquer gestação que não ultrapassou o 5º mês) 1-Sim 2-Não	15. _____
16. Se sim, quantos? _____	16. _____
17. Quantas consultas de pré-natal já teve na gestação atual? _____	17. _____
18. Idade gestacional referida em meses: _____	18. _____

PARTE 2 - INQUÉRITO CAP

CONHECIMENTO SOBRE O EXAME PAPANICOLAOU

19. A senhora já ouviu falar sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero? 1- Sim 2-Não	19. _____
20. Se sim, onde ouviu? 1- TV 2- Revista 3- amigas 4- profissionais de saúde 5- família 6- rádio 7- internet 8- folder 9-Escola 10-Outros: _____	20. _____
21. Para a senhora, para que serve esse exame? 1- Não sabe 2- É para prevenir o câncer 3- É para prevenir o câncer do colo do útero 4- É para detectar IST/HIV 5- Outra finalidade. Qual? _____	21. _____
22. Qual deve ser a periodicidade com que o exame deve ser realizado? 1- De 6/6 meses 2- Anualmente 3- Outro: _____ 4- Não sabe	22. _____
23. Sabia que esse exame poderia ser realizado durante o pré-natal? 1- Sim 2-Não	23. _____
24. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO: 1-Adequado 2- Inadequado	24. _____

ATITUDE EM RELAÇÃO AO EXAME PAPANICOLAOU

25. Para a senhora, realizar o exame de prevenção durante a gestação é necessário para prevenir o CCU? 1-Necessário 2- Pouco necessário 3-Desnecessário 4-Não tem opinião sobre a necessidade do exame	25. _____
26. AVALIAÇÃO DA ATITUDE: 1- Adequada 2- Inadequada	26. _____

PRÁTICA EM RELAÇÃO AO EXAME PAPANICOLAOU

- | | |
|--|------------------|
| 27. A senhora já realizou esse exame alguma vez? 1- Sim 2-Nunca | 27. _____ |
| 28. Se NUNCA realizou o exame, por quê?
1-O médico/enfermeiro nunca pediu
2- Não está doente, não doe nada
3- Não tem com quem deixar os filhos/parente
4- Não pode faltar ao trabalho
5- Por vergonha 6-Por medo 7-Por descuido 8- Não tem tempo
9- Não acha necessário
10- Outros:_____ | 28. _____ |
| 29. Realizou o exame durante a gestação atual? 1- Sim 2- Não | 29. _____ |
| 30. Se NÃO realizou durante a gestação atual, por quê?
1-O médico/enfermeiro não pediu
2- Não sabia que poderia realizar o exame estando gestante
3- Por medo do exame em si
4- Medo de aborto ou de machucar o bebê
5- Por vergonha
6- Não está doente, não doe nada
7- Não pode faltar ao trabalho
8- Por descuido
9- Não tem tempo
10-Não gosta de fazer
11- Acha desnecessário
12- Porque fez há pouco tempo (menos de um ano)
13- Iniciou o pré-natal tardiamente (por volta do ____ mês)
14- Aguardando dia da coleta que está agendada
15- Desconhecimento do exame
16- Outro motivo:_____ | 30. _____ |
| 31. Realizou o exame de prevenção em gestações anteriores?
1- Sim 2- Não 3-Não se aplica | 31. _____ |
| 32. Se não realizou na gestação atual, quando foi a última vez?
1-Menos de 1 ano 2-Há 01 ano 3-Entre 02 e 03 anos 4-Mais de 03 anos | 32. _____ |
| 33. Se realizou o exame HÁ MAIS DE 03 ANOS, por quê?
1- Não está doente, não doe nada 2- Por vergonha
3- Por medo 4- Por descuido
5- Não tem tempo 6- Não gosta de fazer
7- Não pode faltar ao trabalho 8- Não acha necessário
9-Outros:_____ | 33. _____ |
| 34. Quando a senhora fez o seu último exame, retornou para receber o resultado?
1- Sim 2-Não 3- Não lembra 4- aguardando laudo | 34. _____ |

<p>35. Se NÃO retornou, por quê?</p> <p>1- Esqueceu-se de ir buscar 2- Falta de tempo 3- Falta de interesse 4- Recebimento de medicamento durante a consulta 5 -Medo do resultado 6- Mudou-se de endereço 7-Não sabia/não foi orientada que precisava retornar 8- Outro motivo: _____</p> <p>36. Se retornou, mostrou o resultado para algum profissional de saúde?</p> <p>1- Sim 2-Não 3- Não lembra</p> <p>37. Se NÃO mostrou o resultado, por quê?</p> <p>1- Não sabia que precisava mostrar 2 - Esqueceu-se de mostrar 3- Não tem tempo 4 - Não compareceu no dia agendado para mostrar o resultado 5 - Falta de interesse 6 - Resultado não estava pronto (retorno com_____ meses depois da coleta) 7 - Retornou mais de uma vez, mas o resultado nunca chegou 8 - Não havia profissional para quem mostrasse no mesmo dia 9 - Dificuldade de agendar a consulta de retorno 10- Ninguém da unidade informou se o resultado havia chegado 11- Outro motivo: _____</p>	<p>35. _____</p> <p>36. _____</p> <p>37. _____</p>
<p>38. AVALIAÇÃO DA PRÁTICA:</p> <p>1- Adequada 2- Inadequada</p>	<p>38. _____</p>

APÊNDICE B

PEDIDO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma. Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGETS)
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura de Fortaleza

Venho, por meio deste, solicitar à COGETS pedido de anuência para a realização da pesquisa intitulada: “Conhecimento, atitude e prática de gestantes em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino”.

A presente proposta de pesquisa tem como temática e eixo central Saúde da Mulher e a Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente, a promoção da saúde.

Sabe-se que o câncer do colo do útero configura-se como um importante problema de saúde pública. O exame Papanicolaou tem sido a técnica mais recomendada para o diagnóstico de lesões precursoras, devendo toda mulher ter acesso ao mesmo, inclusive as gestantes, de preferência até o sétimo mês de gestação. Entretanto, tem-se percebido que as gestantes não realizam o exame durante o pré-natal, fato esse que motivou a realização do presente estudo. Entretanto, o presente problema de pesquisa está no fato da inexistência de dados robustos sobre o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes, no que se refere ao exame preventivo do câncer do colo uterino, na cidade de Fortaleza. Tal fato tem relevância, uma vez que, de posse desses dados, os profissionais de saúde, especialmente aqueles da APS, terão subsídios para planejar ações e implementar estratégias de intervenção que possam aumentar, significativamente, a adesão ao exame Papanicolaou no período pré-natal.

Dessa forma, o objetivo principal do projeto em tela é analisar o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino em Fortaleza. Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal, a ser realizado com 214 gestantes que estiverem em acompanhamento pré-natal pela Estratégia Saúde da Família distribuídas em seis UAPS (Francisco Domingos da Silva, Benedito Artur de Carvalho, Luís Recamonde Capelo, Luís Albuquerque Mendes, José Paracampos, Hélio Goes Ferreira). O estudo será realizado durante o período de 5 meses, de novembro de 2015 a março de 2016. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista utilizando um formulário do tipo inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), que será conduzida pela pesquisadora responsável.

Informo que o referido projeto de pesquisa será submetido à Plataforma Brasil para parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Informo, ainda, o prévio conhecimento das responsabilidades frente à pesquisa, assim como garanto a ciência quanto ao que me compete como pesquisador.

Dessa forma, apresento em anexo o projeto de pesquisa e reitero o pedido de anuência para a realização da pesquisa na cidade de Fortaleza-CE.

Lilianne Kelly Rocha do Vale
Enfermeira da Estratégia Saúde da Família - mestranda em Saúde da Família - UECE
Pesquisadora responsável pela proposta de pesquisa

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A Enfermeira Lilianne Kelly Rocha do Vale está realizando a pesquisa intitulada **“CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES EM RELAÇÃO AO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO UTERINO”**, que tem como objetivo analisar o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino em Fortaleza. Para o alcance de tal objetivo, o estudo passará pelas seguintes etapas: Associar o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes sobre o exame preventivo do câncer do colo uterino com as variáveis sociodemográficas; Comparar o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes sobre o exame preventivo do câncer do colo uterino nas seis regionais da capital cearense.

Por essa razão, a senhora está sendo convidada a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder a perguntas relacionadas às questões sociodemográficas e reprodutivas, assim como ao exame Papanicolaou, as quais serão feitas pelo entrevistador.

O procedimento utilizado é a entrevista, a qual terá uma duração máxima de vinte minutos, e poderá trazer algum desconforto do tipo inibição. O procedimento apresenta um risco mínimo, que será reduzido ao promover uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação do mesmo; ao reforçar as orientações afirmando não haver uma resposta certa ou errada, de forma que cada gestante esteja livre para responder o que mais se aproxima de sua realidade; e ao garantir a confidencialidade das respostas.

Os benefícios esperados com o estudo são que os profissionais de saúde, especialmente os da atenção básica, tenham subsídios para planejar ações e implementar estratégias de intervenção que possam aumentar, significativamente, a realização do exame no período pré-natal.

Todas as informações que a senhora nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá nos formulários e nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso a senhora aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Lilianne Kelly Rocha do Vale, no expediente da manhã

na Unidade de Atenção Primária à Saúde Benedito Artur de Carvalho, localizada no endereço: Rua Jaime Leonel nº 228, bairro Luciano Cavalcante, Fortaleza-CE, e/ou no telefone:(85) 34521880. Email: liliannerocha@gmail.com

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Estadual do Ceará - UECE, que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email: cep@uece.br.

Se a Sr^a estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

Local e Data

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE D**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Sra _____, portadora da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelas pesquisadoras e foi informada que o projeto intitulado “CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES EM RELAÇÃO AO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO UTERINO” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetida, e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

MODELO DE QUESTIONÁRIO SUGERIDO PARA APLICAÇÃO

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					
A água utilizada neste domicílio é proveniente de?					
1	Rede geral de distribuição				
2	Poço ou nascente				
3	Outro meio				

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

Cortes do Critério Brasil Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2014 – www.abep.org – abep@abep.org

ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015. ABEP, 2014. Disponível em: < <http://www.abep.org/>>. Acesso em: 03 set. 2015.

ANEXO B**AUTORIZAÇÃO PARA O ESTUDO**

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P770464/2015**

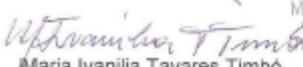
Título do Projeto de Pesquisa: **CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES EM RELAÇÃO AO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO.**

Pesquisadoras Responsáveis: **LILIANNE KELLY ROCHA DO VALE E ANA VALESKA SIEBRA E SILVA.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 29 de setembro de 2015.

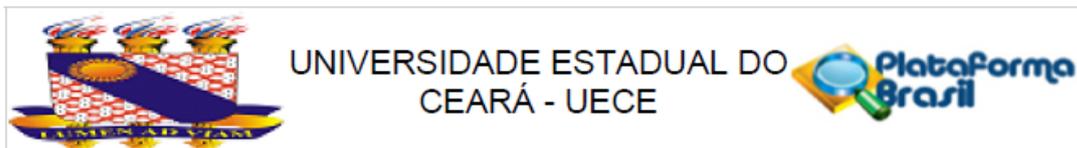

Maria Ivanilia Tavares Timbó

Maria Ivanilia Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do
Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento, atitude e prática de gestantes em relação ao exame preventivo do câncer de colo uterino

Pesquisador: Lilliane Kelly Rocha do Vale

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50176815.4.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.309.816

Continuação do Parecer: 1.309.816

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 05 de Novembro de 2015

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)