

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

JORGE LUIS TAVARES DE OLIVEIRA

JUIZ DE FORA
2015

JORGE LUIS TAVARES DE OLIVEIRA

**INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, *Stricto sensu*, área de concentração: **Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem** da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Betânia Maria Fernandes

JUIZ DE FORA

2015

Jorge Luis Tavares de Oliveira

INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, *Stricto sensu*, área de concentração: **Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem** da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Prof.^a Dr.^a Betânia Maria Fernandes – Presidente da Banca
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Prof. Dr. Octávio Muniz da Costa Vargens – 1º Examinador
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof.^a Dr.^a Maria das Dores de Souza – 2ª Examinadora
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Prof.^a Dr.^a Carla Marins Silva – Suplente
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof.^a Dr.^a Zuleyce Maria Lessa Pacheco – Suplente
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

JUIZ DE FORA

2015

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tornar possíveis os meus sonhos e por me permitir perceber que quanto mais eu me aproximo do saber, mais torna-se concreta minha certeza de sua existência.

À Prof^a. Dr^a. Betânia Maria Fernandes pela compreensão e pelo acolhimento dedicado a mim. Por orientar-me com admirável competência. Pela sua dedicação e por acreditar na minha capacidade, sempre me incentivando a alcançar os objetivos. Obrigado por estar fazendo parte desta conquista.

À Prof^a. Dr^a. Maria das Dores Souza pelas valiosas contribuições e discussões acerca do trabalho.

Ao Prof. Dr. Octávio Muniz da Costa Vargens pelas ricas orientações e contribuições que foram essenciais para este estudo.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* da Faculdade de Enfermagem pelos ensinamentos e experiências compartilhadas.

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* da Faculdade de Enfermagem, em particular, a Prof.^a Dr.^a Anna Maria Salimena e Elisângela Trovato Nogueira de Almeida, que me auxiliaram nessa conquista.

À minha mãe e meu pai (*in memorian*), que não puderam presenciar essa conquista, mas tenho certeza que onde estiverem estão felizes por mim e orgulhosos pelos obstáculos e dificuldades superadas.

Às minhas irmãs, Marluce, Marineis, Silvana e Marli que me incentivaram e apoiaram nesta conquista, sendo meu alicerce, meu estímulo de viver.

Aos sobrinhos, Brenda, Luan, Bárbara, Laura, Yuri, Drásio, Sabrina, Emily e Graziela, pessoas amadas, que me motivam cada dia obter conquistas.

Às amigas, Gisele, Jussara, Aline, Juliana, Paula, Karla e Ana Paula que de forma direta e indireta ajudaram nesta conquista, pessoas queridas que conquistei ao longo da vida.

Obrigado a todos.

RESUMO

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa do tipo exploratória e descritiva, cujo objeto consiste nas intervenções de enfermeiros na atenção primária à saúde para prevenção do câncer de colo de útero, embasado no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Os objetivos da pesquisa são: identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros na prevenção do câncer de colo de útero na atenção primária à saúde; classificar as intervenções em comportamentais, cognitivas e sociais e analisar as intervenções realizadas pelos enfermeiros na atenção primária à saúde que podem proporcionar mudanças de comportamentos, hábitos e estilos de vida na prevenção do câncer de colo de útero e promoção da saúde. O cenário da pesquisa foram duas unidades de atenção primária à saúde, em um município da Zona da Mata Mineira. As participantes foram dezoito mulheres cadastradas e assistidas na estratégia da saúde da família das unidades de atenção primária à saúde que estavam na faixa etária de 25 a 64 anos e que foram atendidas por enfermeiros para prevenção do câncer de colo de útero. Os dados foram obtidos por meio de entrevista estruturada com aplicação de um questionário contendo questões fechadas e abertas. Foram gravadas em gravador digital e transcritas na íntegra para posterior análise das informações. Foram atendidas todas as exigências da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O processo de análise foi baseado nos pressupostos do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Os dados foram organizados em quatro categorias apriorísticas: Características (Comportamento Anterior e Fatores Pessoais); Comportamento Específico (Benefícios, Barreiras, Percepções e Influências); Resultado do Comportamento e Experiências Individuais e a Enfermagem na Prevenção do câncer de colo de útero: Intervenções Comportamentais, Cognitivas e Sociais. Foi possível identificar que o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é capaz de iluminar a relação entre as dificuldades, facilidades e as percepções das mulheres para a prevenção do câncer de colo de útero, assim como, apontar e reforçar as ações do enfermeiro no rastreamento do câncer de colo de útero e promoção da saúde da mulher.

Palavras-chaves: Enfermagem. Saúde da Mulher. Prevenção Primária. Câncer do Colo do Útero.

ABSTRACT

This is a qualitative exploratory and descriptive research focusing nursing interventions in primary health care for cervical cancer prevention based on health promotion model proposed by Nola Pender. The aims of the research are: identify nursing interventions to prevent cervical cancer in primary health care; classify interventions in behavioral, cognitive and social levels and analyze the interventions performed by nurses in primary health care especially those that may lead to changes in behaviors, habits and lifestyles in health promotion and prevention regarding cervical cancer. Research setting was two primary health care units in a city of Zona da Mata Mineira. The participants were eighteen women enrolled and assisted in family health strategy performed at primary health care units. These women were aged 25-64 years and they were assisted by nurses focusing cervical cancer prevention. Data were collected through structured interviews with a questionnaire with open and closed questions. These interviews were recorded with digital recorder and transcribed for further analysis. All requirements of the Resolution 466/2012 from National Health Council have been met. The analysis process was based on the assumptions from the diagram of Health Promotion Model by Nola Pender. Data were organized into four a priori categories: Characteristics (Previous Behavior and Personal Factors); Specific behavior (Benefits, Barriers, Perceptions and Influences); Result of the Behavior and Individual Experiences and Nursing in the Prevention of cervical cancer: Behavioral, Cognitive and Social Interventions. It was possible to identify that Nola Pender's Health Promotion Model may clarify the relationship between difficulties, facilities and women perceptions for cervical cancer prevention. It may also indicate and enhance nursing actions in cervical cancer screening and health promotion among women.

Descriptors: Nursing. Women's Health. Primary Prevention. Cervical Cancer.

"A saúde é o resultado não só de nossos atos
como também de nossos pensamentos."

(Mahatma Gandhi)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	53
-----------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CCU	Câncer de Colo de Útero
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
PNPS	Política Nacional da Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção à Saúde da Família
WONCA	World Organization of National Colleges Academies

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11
Relevância	13
Objetivos	13
2.CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	15
2.1 Câncer de Colo de Útero e as Medidas Preventivas	15
2.2 Atenção Primária à Saúde e as Políticas de Saúde	27
2.3 Promoção da Saúde no Contexto do Câncer de Colo de Útero	36
3. REFERENCIAL TEÓRICO	47
3.1 Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender	47
3.2 Intervenções Comportamentais, Cognitivas e Sociais realizadas por Enfermeiros na Abordagem da Prevenção do Câncer de Colo de Útero	56
4.PERCURSO METODOLÓGICO	59
4.1 Tipo de Estudo	59
4.2 Cenário de Estudo	59
4.3 Participantes do Estudo	60
4.4 Aspectos Éticos	60
4.5 Coleta dos Dados	61
4.6 Análise dos Dados	63
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
5.2 Características	66
5.3 Comportamento Específico	82
5.4 Resultado do Comportamento e Experiências Individuais	88
5.5 A Enfermagem na Prevenção do Câncer de Colo de Útero: Intervenções Comportamentais, Cognitivas e Sociais	92

6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
7.REFERÊNCIAS	112
8.APÊNDICE	122
8.1 Instrumento de Coleta de Dados	122
9.ANEXOS	125
9.1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos	125
9.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	127
8.2 Termo de Infraestrutura e Concordância	129

1.INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU) é um problema de saúde pública, devido ao seu elevado índice de morbidade e mortalidade, apesar da implementação de ações e estratégias visando à prevenção, rastreamento e controle. Ganha relevância o conhecimento, não apenas de sua magnitude, mas também das características socioeconômicas e culturais das mulheres que são acometidas por essa doença, a identificação dos riscos, demanda por estratégias de planejamento de intervenções de prevenção e controle, através de ações assistenciais ou educativas (SANTOS et al, 2011; VARGENS; SILVA, 2014).

Os serviços de saúde devem realizar ações para o rastreamento e controle do CCU, sendo que o nível primário de atenção à saúde tem um papel essencial nas ações de prevenção e promoção à saúde (VARGENS; SILVA, 2014). A Atenção Primária à Saúde (APS) assume diversas ações que podem ser realizadas devendo ser direcionadas tanto para a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), bem como para a detecção precoce de diversas doenças, bem como para o câncer (INCA, 2011).

Os profissionais de enfermagem ao realizar atividades educativas durante a consulta, na sala de espera e nos grupos, devem enfatizar os aspectos referentes à prevenção e ao controle do CCU e não apenas às queixas apresentadas pelas mulheres, e intensificar as medidas preventivas (GUIMARÃES et al, 2012).

As ações e programas governamentais de combate ao CCU configuram-se em quatro elementos fundamentais, como prevenção primária, a detecção precoce, o diagnóstico/tratamento e os cuidados paliativos. A detecção precoce é a mais indicada devido a sua efetividade na redução de casos de CCU configurada através dos programas e ações de rastreamento, direcionados para mulheres em todos os níveis de atenção, especialmente na APS (OLIVEIRA et al, 2013).

O desconhecimento das mulheres sobre os diversos fatores predisponentes e os riscos da exposição faz com que elas não correspondam às recomendações em relação às mudanças de comportamentos e de hábitos de vida. Isto é um desafio a ser superado em relação ao CCU, o que depende de intervenções efetivas (SILVA, SANTOS, 2010).

As intervenções que podem ser realizadas pela enfermagem no controle e rastreamento do CCU podem ser classificadas em três categorias: comportamentais, cognitivas e sociais (VASCONCELOS et al, 2011).

As intervenções comportamentais são aquelas que proporcionam estímulos à realização de exames de detecção precoce. As intervenções cognitivas favorecem novas informações, conscientizando e informando as mulheres sobre as ações de prevenção e controle de doenças (YABROFF; MANGAN; MANDELBLATT, 2003). E, por último, as intervenções sociais em que a atuação da enfermagem ocorre de forma indireta, uma vez que pessoas da comunidade podem ser capacitadas e treinadas, além de outros profissionais e por meio da atuação direta do enfermeiro que oferece informações às mulheres, visando aumentar a adesão às medidas preventivas (YABROFF; MANGAN; MANDELBLATT, 2003; BRASIL, 2012).

As dificuldades encontradas em relação às medidas de prevenção do CCU podem ser superadas quando as intervenções forem planejadas, e a seleção dessas levarem em consideração as características específicas de cada população ou serviço, bem como o local ou ambiente onde essas intervenções serão realizadas (VASCONCELOS et al, 2011).

Assim, a partir das intervenções que podem ser realizadas pelo enfermeiro na APS surgiram as seguintes indagações: a) quais são as intervenções realizadas pelo enfermeiro na APS para prevenção do CCU?; b) qual a classificação das intervenções realizadas por enfermeiros na APS? e c) as intervenções realizadas pelo enfermeiro na APS são capazes de proporcionar às usuárias mudanças de comportamentos, hábitos e estilos de vida?, Portanto, tenho como objeto de estudo “as intervenções realizadas por enfermeiros na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Primária à Saúde que podem proporcionar mudanças no comportamento, hábitos e estilos de vida”.

As atividades de promoção da saúde são amplamente estimuladas, sendo compreendidas como a utilização das habilidades e conhecimentos individuais e coletivos, com a finalidade de adoção de estilo de vida saudável e mudanças de comportamento (RIBEIRO, 2012).

No campo da enfermagem dentre os modelos e teorias que podem ser aplicados no desenvolvimento dos cuidados na promoção da saúde, pode ser citado o “Modelo de Promoção da Saúde” de Nola Pender, que fornece uma estrutura simples e objetiva, na qual o enfermeiro pode realizar o cuidado de forma individual

ou reunindo pessoas em grupo, planejando intervenções e avaliando as ações implementadas (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

Assim, no presente estudo será adotado como marco teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (SILVA; SANTOS, 2010), sendo considerado um modelo a ser seguido para o desenvolvimento e conhecimento de ações voltadas para a promoção da saúde (SILVA; SANTOS, 2010; SANTOS et al, 2011).

O modelo proposto pela teórica surge como uma proposta de integração entre a ciência do comportamento às teorias de enfermagem, e possibilita identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial, fundamentando a promoção da saúde em atividades voltadas para o desenvolvimento de uma vida saudável a ser alcançada pelos indivíduos ou coletividades (SILVA, SANTOS, 2010).

A relevância desta pesquisa se deve à necessidade de conhecer as intervenções realizadas pelo enfermeiro na APS e identificar a possibilidade de proporcionar mudanças de comportamentos, hábitos e estilos de vida, assim como a adesão das usuárias às medidas de prevenção e promoção da saúde. Procurou-se atender as recomendações da demanda prevista pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, na área da saúde da mulher, no que se refere à necessidade de investigações voltadas para esta temática devido à prevalência do CCU no Brasil. Acredito que os resultados da pesquisa serão capazes de proporcionar uma reflexão aos enfermeiros da APS, visando reconhecer as ações que contribuem efetivamente na prevenção do CCU e também contribuirá na elaboração dos protocolos de assistência de enfermagem.

Portanto, tem como objetivo geral analisar as intervenções realizadas pelos enfermeiros na APS que podem proporcionar mudanças de comportamentos, hábitos e estilos de vida na prevenção e promoção à saúde para o CCU na perspectiva das usuárias.

Os objetivos específicos são: identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros na prevenção do CCU na APS; classificar as intervenções em comportamentais, cognitivas e sociais em relação à prevenção do CCU realizadas pelos enfermeiros e analisar as intervenções que podem proporcionar mudanças de comportamentos, hábitos e estilos de vida segundo as usuárias em relação à prevenção do CCU.

Assim, espera-se com o estudo analisar as intervenções realizadas pelos enfermeiros na APS a fim de favorecer a elaboração de medidas assistenciais e educativas e nortear as intervenções do enfermeiro na APS de forma efetiva para prevenção do CCU.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

2.1 Câncer de Colo de Útero e as Medidas Preventivas

Todo ser humano possui em seu organismo células normais que coexistem em perfeita harmonia citológica, histológica e funcional, organizadas para a sobrevivência e manutenção da vida humana. As características morfológicas e funcionais das células são determinadas pela genética e por sua especificidade como unidade estrutural do ser humano, uma vez que se organizam agrupando-se em tecidos, formando os órgãos e, assim, mantêm-se o equilíbrio homeostático do corpo humano por diversos tipos de mecanismos regulatórios (ROSAS et al, 2013).

Dessa forma, múltiplos são os mecanismos que regulam a morfologia das células, modelando e remodelando a estrutura celular que constituem os tecidos, bem como há mecanismos que controlam o crescimento celular e são regulados por substâncias intracitoplasmáticas. Elas reconhecem umas às outras por processos de superfície e, a partir das semelhanças celulares, permanecem unidas e, pela sua conformidade funcional, mantêm interações extracelulares a fim de executar determinada função orgânica (PEREZ CALA; GUERRA CEPENA; RODRIGUEZ ARIAS, 2012).

O crescimento celular está associado a mecanismos que possuem relação com fatores estimulantes e inibidores, os quais normalmente mantêm equilíbrio entre o estímulo do crescimento e a não ativação do mecanismo inibidor, o que acontece quando há exigência em reconstrução ou reparo tissular. Quando há o equilíbrio entre o mecanismo do crescimento celular e o de controle, as estruturas celulares se dividem e se recompõem para reparar o tecido lesionado, e, assim, quando a estrutura morfológica está reparada, o crescimento celular é inibido (PEREZ CALA; GUERRA CEPENA; RODRIGUEZ ARIAS, 2012; ROSAS et al, 2013).

Entretanto, em determinadas situações, o equilíbrio entre o mecanismo do crescimento celular e o de controle não é mantido ocorrendo multiplicação celular desorganizada, sem que haja necessidade de crescimento, o que é definido como câncer (PEREZ CALA; GUERRA CEPENA; RODRIGUEZ ARIAS, 2012).

Assim o câncer é definido como distúrbio genético no qual há perda de controle normal de divisão celular, não havendo controle pelos mecanismos biológicos intrínsecos, uma vez que esses são perdidos (SOARES; SILVA, 2010).

A população brasileira vem vivenciando mudanças significativas no seu perfil demográfico e epidemiológico. Com a redução da taxa de fecundidade e com o aumento da expectativa de vida, devido às melhores condições sanitárias, ocorreu aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas, dentre elas o câncer nas suas diferentes manifestações (ROSAS et al, 2013). Simultaneamente, houve redução das taxas de mortalidade das doenças infecto-parasitárias (RIBEIRO, 2012; TESSER, 2012).

Com a consolidação dessas doenças no perfil epidemiológico brasileiro, o país está passando por uma transição epidemiológica. No que se refere ao câncer, esse está sendo distribuído heterogeneamente por todo o país, sendo possível distingui-lo em alguns tipos de câncer, estando relacionados às condições sociais e econômicas da população brasileira (TESSER, 2012; THULER; BERGMANN; CASADO, 2012).

O CCU é uma disfunção celular progressiva, que se inicia por meio de alterações intraepiteliais, de evolução lenta até alcançar o estágio invasor, quando a cura torna-se bastante difícil. O CCU tem predomínio em células escamosas, em torno de 90 a 95% dos casos, sendo o restante entre 10 a 15% do tipo adenocarcinoma (BRASIL, 2011a).

O tumor maligno ou câncer é o conceito dado a um grupo de doenças que possuem em comum o crescimento desordenado de células, com alto potencial de invasão em tecidos adjacentes com capacidade de proliferação de células em outros tecidos. Essas disfunções celulares decorrem de alterações gênicas que regulam a proliferação e diferenciação celular, causando as mudanças na estrutura morfológica celular. Essa doença é considerada evitável na sua fase inicial, havendo elevada possibilidade de detecção e cura (INCA, 2008).

O câncer é uma condição clínica em que as alterações morfológicas e funcionais são ocasionadas devido à perda de mecanismos regulatórios de diferenciação e divisão celulares, e conforme a evolução da doença no seu curso clínico e as alterações vão sendo apresentadas (BRASIL, 2013a).

O estadiamento dos tumores serve para proporcionar o conhecimento sobre a evolução da doença, avaliação do desenvolvimento clínico e adoção ou não de

condutas frente a esta patologia, observando as características e as alterações morfológicas, bem como o acometimento e comprometimento dos órgãos e estruturas corporais ao longo do curso da doença (BRASIL, 2013a).

Ressalta-se que as políticas públicas de saúde do Brasil têm direcionado suas estratégias para prevenção precoce do câncer ao tratamento. Mesmo com uma redução no número de casos novos de CCU nos últimos anos, ainda há resistência pela população feminina em habituar-se à adoção de medidas de proteção (BRASIL, 2013a).

Atualmente, os casos novos de câncer no país estão mais controlados, porém continuam possuindo importância, e, dessa forma, o câncer cervical ainda é uma grande preocupação das instituições e políticas públicas de saúde em decorrência das altas taxas de prevalência e incidência na população feminina. Por conseguinte, trata-se de uma temática sempre em pauta nas discussões na área da saúde da mulher, passando a ser uma de suas prioridades (RIBEIRO, 2012).

A ocorrência desta doença pode ser iniciada a partir dos 30 anos de idade, possuindo pico elevado de ocorrência entre 30 a 60 anos (ROSAS et al, 2013). A distribuição é heterogênea para diferentes faixas etárias, no entanto a faixa etária da população feminina mais acometida encontra-se entre 50 a 60 anos (RIBEIRO, 2012; LAGANÁ et al, 2013).

Apesar do exame citopatológico, esfregaço cervical, exame Papanicolaou ou “preventivo”, como é conhecido popularmente no Brasil, ser a principal forma de rastreamento e de detecção precoce do CCU, essa normalmente é uma intervenção assistencial realizada na população feminina com faixa etária inferior aos 35 anos. Predispõem-se, assim, as faixas etárias mais acometidas por esta doença a uma maior vulnerabilidade, corroborando para a detecção tardia do agravo e levando a um agravamento da doença com a dificuldade de tratamento (BRASIL, 2013a).

Ressalta-se que, dentre os outros tipos de câncer que acometem a população feminina, o CCU é o que possui um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, uma vez que apresenta fases bem definidas, longo período para desenvolvimento de lesões precursoras e facilidade de detecção das alterações morfológicas ainda no estágio inicial da doença (GUIMARÃES et al, 2012; ARAUJO et al, 2013).

No contexto da atenção à saúde da mulher, observa-se elevada incidência de casos estimados para CCU, em decorrência do significativo número de mulheres não realizarem o Papanicolaou, havendo diversos motivos para a não realização do

exame. Dentre esses, encontram-se o medo, descuido, incômodo durante realização, comodismo, timidez, falta de tempo, ausência de sintomas, dificuldade de acesso, o que dificulta as estratégias de prevenção e rastreamento precoce para esse tipo de câncer (GUIMARÃES et al, 2012).

As oportunidades de realização de ações para rastrear e controlar o CCU deve ter como propósito enfatizar os aspectos referentes à prevenção e controle desse tipo de câncer e não apenas as queixas apresentadas pelas mulheres que buscam a assistência ginecológica, devendo o enfermeiro intensificar as medidas de prevenção, pois esse é um aspecto importante de sua atuação (GUIMARÃES et al, 2012).

Cabe aos profissionais de saúde, inclusive aos enfermeiros, orientar as mulheres quanto à necessidade de realização periódica deste exame para diagnóstico precoce da doença, pois essa intervenção possibilita o tratamento em fase inicial e a redução do perfil de morbidade e mortalidade causado por este câncer (INCA, 2011).

Assim, a realização do Papanicolaou é a medida preventiva mais adotada para o CCU, sendo essa a principal estratégia para proteção das mulheres frente a esse câncer. Estudos apontam que nos países onde a cobertura é superior a 50% as taxas de mortalidade ficam inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano, e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor do que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (BRASIL, 2013a).

O exame citopatológico é recomendado para detecção e rastreamento precoce do CCU e de lesões precursoras, possuindo uma periodicidade. Os exames devem ser realizados em intervalos entre três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual entre esses. A realização do exame citopatológico deve ser iniciada aos 25 anos e antes dessa idade para mulheres que já iniciaram a atividade sexual; os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando avançar essa idade, tendo dois exames negativos nos últimos cinco anos. Para as mulheres com mais de 64 anos de idade que nunca fizeram o exame, o mesmo deve ser realizado duas vezes com intervalos de um a três anos e, quando o resultado for negativo para ambos os exames, as mulheres não necessitarão submeter-se aos exames citopatológicos (BRASIL, 2013a).

Estudos apresentam evidências sobre a não realização antes dos 25 anos de idade, uma vez que a incidência cumulativa para o CCU nessa faixa etária é igual ou

inferior a 1%, atestando baixa incidência de câncer em mulheres jovens (BRASIL, 2013a).

Vale ressaltar a importância do impacto psicológico que pode acometer as adolescentes e adultas jovens com o possível diagnóstico de IST e lesões precursoras de câncer, alterando a percepção dessas em relação à sexualidade e autoimagem. Além disso, o rastreamento é menos eficiente quando comparado a mulheres com idade acima de 25 anos de idade, possuindo pouco ou quase nenhum impacto no perfil epidemiológico do CCU (BRASIL, 2013a).

Se para mulheres em faixa etária inferior aos 25 anos está bem esclarecida a não necessidade de realização do exame citopatológico para detecção precoce do CCU, em relação às mulheres acima de 64 anos há poucas evidências objetivas sobre quando essas devem parar de realizá-lo. Assim, em países em que a população possui uma expectativa de vida maior, não há dados consistentes de qual é o momento certo para as mulheres interromperem a realização do exame citopatológico, interrompendo a realização do exame após os 65 anos (BRASIL, 2013a).

As ações de rastreamento e controle do CCU devem ser subsidiadas por meio de estratégias preventivas, diagnósticas, de detecção precoce e de cuidados paliativos. As medidas preventivas são as mais indicadas em decorrência da efetividade na redução de casos de CCU (OLIVEIRA et al, 2013).

O significado de prevenção da saúde vem sendo modificado ao longo do tempo, e dessa forma apoia-se no sentido restrito de evitar o desenvolvimento de uma doença, incluindo todas as medidas preventivas adotadas para que isso seja possível, bem como reduzir os fatores de risco associados à doença, a fim de favorecer a redução da mortalidade e morbidade das pessoas (STARFIELD et al, 2008; OLIVEIRA; REIS, 2012).

O câncer é um problema de saúde pública mundial, tendo elevado seu crescimento na última década em 20%. No Brasil, no biênio 2014/2015 são esperados 576 mil novos casos de câncer na população brasileira (BRASIL, 2014). Na população feminina, esperam-se 203.930 novos casos de câncer, dentre esses podem ser citados em ordem crescente de casos esperados: câncer de mama feminina (56,09/100.000); câncer de cólon e reto (17,24/100.000); câncer do colo do útero (15,33/100.000); câncer de traquéia, brônquio e pulmão (10,75/100.000) e câncer da tireóide (7,91/100.000), sendo esses os mais incidentes na população

feminina. Ressalta-se que o câncer de pele não melanoma ainda é o mais incidente na população brasileira, seja masculina ou feminina (BRASIL, 2014).

No Brasil, para o biênio 2014/2015, são estimados 15.590 novos casos de CCU, com risco estimado de 15,33 casos para cada 100.000 mulheres. Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o CCU é o mais incidente na região Norte (23,57/100.000 por habitantes), em segundo lugar, a região Centro-Oeste (22,19/100.000 por habitantes), em terceiro lugar, a região Nordeste (18,79/100.000 por habitantes), em quarto lugar, a região Sul (15,87/100.000 por habitantes) e, em último lugar, a região Sudeste (10,15/100.000 por habitantes) (BRASIL, 2014).

As estimativas para o biênio 2014/2015 apresentadas pelo INCA vêm apresentando taxas decrescentes ao longo dos anos em relação aos casos esperados e à ocorrência do CCU, o que demonstra que as ações e estratégias implementadas no país estão surtindo efeitos de proteção para a população feminina para esse câncer (BRASIL, 2014).

O CCU é uma das neoplasias mais incidentes na população feminina brasileira, ocupando a terceira posição na estimativa para 2014/2015, o que o torna uma preocupação para as instituições e serviços de saúde no país e fazendo com que seja um dos enfoques das políticas públicas voltadas à mulher (LAGANÁ et al, 2013; BRASIL, 2014).

A mortalidade causada por esse câncer ainda é elevada nas mulheres brasileiras aumentando o risco de ocorrência conforme há avanço da idade, sendo a faixa etária entre 50 e 60 anos a mais acometida pelo câncer cervical. Em decorrência dos estádios e do tipo histológico, há uma redução na sobrevida. Em países desenvolvidos, as portadoras do CCU apresentam sobrevida estimada em 5 anos com variação entre 51 a 66%, e, nos países em desenvolvimento, devido os casos da doença serem encontrados em estádios mais avançados, a sobrevida estimada é menor, apresentando taxa de cerca de 41% após 5 anos, considerando a média mundial estimada em 49% (RIBEIRO, 2012; LAGANÁ et al, 2013).

É percebida uma discrepância no perfil epidemiológico do câncer cervical nas regiões brasileiras, podendo ser justificado pela falta de acesso às informações e aos serviços de saúde, bem como pela falta de adesão à realização de medidas preventivas, sendo essas dificuldades para o rastreamento e controle (BRASIL, 2013a; INCA, 2014).

Considerando o Estado de Minas Gerais, as taxas ajustadas para mortalidade do CCU para cada 100.000 mulheres representam apenas 3,09 casos, sendo o Estado com menor número de óbitos em decorrência desse tipo de câncer (INCA, 2014).

As características que favorecem a detecção e o tratamento precoce do CCU é a evolução lenta da doença e disposição de ferramentas de rastreamento e detecção muito acessíveis, eficazes e seguras (SOARES et al, 2011).

A adesão às medidas preventivas pode ser melhorada quando as mulheres compreenderem que estão expostas aos diversos riscos para o câncer cervical e quando entenderem os fatores de risco para essa doença. A partir daí, poderão adotar mudanças de comportamentos, hábitos e estilo de vida favorável a não ocorrência dessa neoplasia (RIBEIRO, 2012).

Assim, as ações e programas governamentais de cunho preventivo em relação ao câncer cervical estão focalizados nas duas primeiras abordagens, para favorecer a redução no perfil de morbidade e mortalidade por esse tipo de câncer, por meio de diversos instrumentos para obter resultados significativos na redução dessa doença nas mulheres (OLIVEIRA et al, 2013). As ações preventivas podem ser definidas como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações (HAESER; BÜCHELE; BRZOWSKI, 2012).

Assim, o controle dos fatores de risco por meio de intervenções individuais pode ser entendido como uma ação puramente preventiva, no entanto alguns autores consideram tal ação uma medida de promoção da saúde, no sentido em que há interesse em intervir na forma na qual os indivíduos se habituam a viver, ou seja, a compreender seu estilo de vida e, dessa forma, controlar ou minimizar esses fatores de risco, para prevenir determinadas doenças na população (OLIVEIRA; REIS, 2012).

Atendendo aos conceitos atuais de prevenção e promoção da saúde, essa tentativa de proteção à saúde por uma abordagem individual não deve ser confundida com promoção da saúde, uma vez que está centrada na doença e nos seus fatores de risco. Nesse sentido, os indivíduos estão susceptíveis a essas abordagens na maioria das vezes, não se tornando corresponsáveis pelas mudanças a ser adotadas frente a esses fatores de riscos (OLIVEIRA; REIS, 2012).

Em 1976, Leavell e Clark, na “história natural das doenças”, classificam a prevenção da saúde em três níveis, os quais são interrelacionados tanto com as práticas médicas quanto com a saúde pública (WESTPHAL, 2009). Nesse contexto, a promoção da saúde era apenas uma das fases da prevenção primária, não possuindo tal significado, como é compreendido na atualidade, estando direcionada mais para as atividades educativas individuais (WESTPHAL, 2009; BRASIL, 2010).

A prevenção das doenças possuía objetivos estabelecidos, uma vez que visava a redução do risco de se adquirir doenças e, com isso, reduzir as taxas de morbidade e de mortalidade. A prevenção é classificada em três níveis: primário, secundário e terciário (STARFIELD et al, 2008; WESTPHAL, 2009; BRASIL, 2010).

Os conceitos inerentes às medidas preventivas vêm sendo alterados, sendo incluídas novas definições, caracterizando os níveis de prevenção existentes conforme o perfil das doenças e seus fatores de risco, bem como as medidas adotadas para seu enfrentamento. Assim, a partir dos três níveis de prevenção da saúde proposto por Leavell e Clark, foram incluídos os conceitos de prevenção primordial e prevenção quaternária (OLIVEIRA, REIS, 2012).

Destaca-se que a abordagem a ser realizada pela “prevenção primordial”, deve ser iniciada antes da prevenção primária e estão previstas ações mais ampliadas a fim de atender as demandas de saúde do indivíduo e da coletividade que visam estabelecer padrões e estilos de vida, a fim de evitar a ocorrência de doenças. Campanhas de prevenção do CCU, elaboração e implementação de legislações e políticas voltadas para o combate ao CCU são alguns exemplos a serem citados (OLIVEIRA, REIS, 2012).

Prevenção primária é compreendida como qualquer ação que é adotada para eliminar as causas e fatores de risco de determinado agravo de saúde individual ou coletivo antes do desenvolvimento de uma condição clínica, sendo incluídas intervenções de promoção da saúde e de proteção específica. Algumas dessas intervenções é a oferta de informações sobre as medidas de prevenção do CCU, a apresentação das causas dessa doença e da epidemiologia, fatores de risco a ser evitados e a imunização com a vacina contra o Papilomavírus Humano (BRASIL, 2010; ROSAS et al, 2013; SPENCER et al, 2014; VARGENS; SILVA, 2014).

A prevenção secundária é entendida como a ação que detecta um problema de saúde em fase inicial no indivíduo e/ou na população, favorecendo o diagnóstico definitivo de determinada doença, o seu tratamento e reduzindo a disseminação dos

seus efeitos a longo prazo. Essas ações são conseguidas por meio do rastreamento e diagnóstico precoce (STARFIELD et al, 2008).

A compreensão da prevenção terciária é apresentada como ações que são adotadas com a finalidade reduzir em um indivíduo ou em uma população os efeitos e danos decorrentes de determinada doença aguda ou crônica, prevendo recuperação da saúde através da reabilitação. No caso do CCU, uma das ações a ser considerada como de “prevenção terciária” são os procedimentos cirúrgicos, quando há necessidade de realização de histerectomia, o que dependerá do estágio no qual o câncer se encontra (BRASIL, 2010; ARAÚJO; LUZ; RIBEIRO, 2011; OLIVEIRA; REIS, 2012).

O conceito de prevenção quaternária proposto por Jamouille, médico de família e comunidade, aceito pela *World Organization of National Colleges Academies (WONCA)* e pela *Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* em 2003, considera um nível de prevenção existente que pode ser definido de forma simples como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo, a fim de protegê-los de intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis, visando evitar qualquer ação terapêutica ou diagnóstica desnecessária a ser realizada nos indivíduos (JAMOUILLE, 2012; TESSER, 2012).

A prevenção quaternária não está relacionada ao risco de doenças, como acontece nos três primeiros níveis de prevenção da saúde, mas consiste na preocupação do risco iatrogênico, ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico, bem como a medicalização desnecessária (JAMOUILLE, 2012). Ele permeia todos os níveis de prevenção da saúde, uma vez que realizar uma intervenção sem necessidade pode ser considerada uma ação de prevenção quaternária (TESSER, 2012; BRASIL, 2013a).

O rastreamento do CCU com a realização de testes de detecção e diagnósticos em populações assintomáticas, que não atendam a periodicidade recomendada pelas organizações nacionais e internacionais, pode ser considerado como intervenção do nível quaternário de prevenção (JAMOUILLE, 2012).

No Brasil, o exame citopatológico é a principal estratégia para rastreamento e detecção precoce, sendo realizado em intervalos de três em três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual entre esses, não havendo necessidade

alguma de realização dos exames citopatológico todos os anos, exceto quando há histórico de câncer na família (BRASIL, 2013a).

A detecção precoce visa estimular a compreensão dos sinais precoces de determinado problema de saúde, rastreando indivíduos que têm risco de adoecerem por determinada doença, a fim de detectá-la ainda em sua fase inicial, trazendo benefícios para os indivíduos. A detecção se baseia na ideia de que algumas doenças possuem maiores chances de cura e sobrevida, quando é realizado o diagnóstico precocemente, como o CCU que em seu estágio inicial pode ter cura de 100% dos casos detectados (BRASIL, 2010).

Assim, diagnóstico precoce é compreendido como um procedimento utilizado na tentativa de se descobrir mais cedo uma doença, por meio dos sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente venha a apresentar, em especial quando esses estão associados à presença de fatores de risco (INCA, 2008; ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

A detecção precoce pode ser realizada por meio de demanda espontânea, na qual o usuário procura o serviço sem algum motivo aparente ou mesmo quando ele busca algum tipo de assistência específica, por exemplo, atestado médico, acompanhamento de familiares, vacinação, realização do Papanicolaou, consulta de enfermagem, entre outros. Em ambas as situações, os profissionais precisam ser acolhedores e atentar-se para a demanda de saúde, observando sinais de doenças, realizar orientações educativas e, se necessário, adotar medidas para detectar sinais e/ou sintomas precocemente de determinada doença. Cabe aos profissionais a interação, vínculo e diálogo com os usuários, evitando qualquer tendência de desrespeito e intervenções inadequadas e possivelmente iatrogênicas aos usuários assistidos (BRASIL, 2010).

Programas que objetivam o diagnóstico precoce do CCU são considerados de caráter preventivo, baseando-se no fato de que esta neoplasia é precedida por lesões intraepiteliais cervicais, que podem ser detectadas e tratadas, reduzindo as taxas de incidência (RIBEIRO, 2012; ROSAS et al, 2013).

O rastreamento ou *screening* é o exame de pessoas assintomáticas utilizado para classificá-las como passíveis ou não passíveis de ter a enfermidade objeto do rastreamento, ou seja, quando há busca ativa da população exposta para determinado câncer, diz-se que há um programa de rastreamento populacional de câncer, no qual o exame de pessoas assintomáticas pertencentes a determinados

grupos populacionais, através de ações organizadas, tem como finalidade a identificação de lesões precursoras em estágio inicial. As pessoas que são identificadas como positivas ao rastreamento são submetidas à investigação diagnóstica para verificar se haverá confirmação ou não da doença investigada (INCA, 2008; TEIXEIRA; PORTO; SOUZA, 2012).

Caso as medidas preventivas, dentre essas, o rastreamento, detecção e diagnóstico precoce, não conseguirem evitar determinada doença e essa não possuir perspectiva de cura, trazendo complicações e danos à saúde do indivíduo acometido, caberá apenas o tratamento e os cuidados paliativos. No que se refere à atuação da enfermagem, nessa fase do curso da doença, tão delicada e complexa, a assistência é voltada para o bem-estar biopsicossocial, físico e espiritual do indivíduo em sua fase terminal, favorecendo a ele melhor qualidade de vida e minimização do sofrimento durante o estágio terminal da sua doença (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

O cuidado integral à saúde é uma missão básica de qualquer serviço ou sistema de saúde, que deve existir antes das pessoas serem diagnosticadas com alguma doença. Tal cuidado pode ser realizado por meio da prevenção primordial, evitando tratamentos específicos com utilização de tecnologias desnecessárias (SOARES; SILVA, 2010; ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013; FERNANDES et al, 2013).

Nas últimas décadas, houve um considerável avanço no tratamento oncológico, obtendo a cura como objetivo terapêutico real em 50% dos tumores diagnosticados. As principais formas de tratamento do câncer são a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e/ou a combinação dessas terapias, a fim de alcançar o resultado terapêutico esperado (SOARES; SILVA, 2010).

O sistema de saúde brasileiro aliado ao nível primário de atenção por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF) vem desenvolvendo ações de promoção da saúde, com redução dos fatores de risco, de detecção precoce e o rastreamento de doenças (MENDONÇA, 2010; GURGEL et al, 2011).

A assistência oferecida na APS é complexa e cheia de incertezas, devendo esse nível de atenção mesclar o conhecimento clínico e os saberes populares dos usuários com a realidade institucional. Assim, um cuidado integral aos usuários demanda atenção em relação ao processo de saúde, sofrimento e de doença, bem como a compreensão do contexto sociocultural no qual os usuários estão inseridos,

a fim de favorecer uma atenção integral à saúde, seja por meio de ações assistenciais, educativas e preventivas (MENDONÇA, 2010; MELO et al, 2012).

2.2 Atenção Primária à Saúde e as Políticas de Saúde

A Constituição Federal de 1988 é um marco histórico no contexto da saúde no Brasil, sendo essa a maior conquista social do país. Ela garante aos brasileiros a saúde como direito de cidadania, e, dessa forma, pela primeira vez na história do Brasil, a saúde torna-se um direito social garantido pelo Estado (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012). De acordo com a Constituição Federal de 1988, é apresentada no artigo 196 a saúde como um direito social garantido aos brasileiros:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado da necessidade de mudança do modelo de saúde no Brasil, dentro de um contexto histórico e social (VIEGAS; PENNA, 2013).

Conforme é apresentado na lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que possui como disposição as “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dar outras providências”, o SUS é definido como um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990).

Assim, o SUS surge em um contexto político-econômico-social, que demandava mudanças na estrutura organizacional do modelo de atenção à saúde vigente no país até a década de 80. O surgimento do SUS caracteriza uma mudança na visão acerca do contexto da saúde (SANTOS et al, 2011).

A criação do SUS visa modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando o atendimento público um direito a todo brasileiro, sendo ofertados serviços na atenção primária, secundária e terciária. A estrutura organizacional do SUS é realizada através de ações e serviços públicos de saúde que passaram a integrar “uma rede regionalizada e hierarquizada”, organizada de

acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (VIEGAS; PENNA, 2013, p.182).

Atualmente, assistência à saúde a ser prestada aos usuários foi modificada, e estão concentradas na APS, por meio da ESF, a qual é responsável pela mudança do modelo assistencial no país, figurando como uma alternativa para substituição do modelo hegemônico, individualizado e biologicista. Esse modelo de atenção à saúde está voltado para as ações que possibilitam a promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas estratégias estão direcionadas para a saúde do indivíduo, família e coletividade, e a concepção de saúde volta-se para o desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares (SANTOS et al, 2011).

A APS é identificada como o nível de atenção que concretiza a mudança do modelo assistencial de saúde no país, invertendo-o. Ocorre um redirecionamento das ações de saúde caracterizadas pela abordagem fragmentada, curativa e centrada na hegemonia médica para uma abordagem com caráter preventivo e de promoção da saúde, articulada e integrada aos níveis de atenção, sendo construída coletivamente pelos profissionais de saúde e usuários, a fim de favorecer o desenvolvimento humano, social e econômico das populações (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Assim, a APS é compreendida por sua dimensão abrangente e é representada como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde no âmbito do sistema de serviços públicos, uma vez que a APS é o nível que alicerça e estrutura o sistema de saúde. É considerada mais que um nível de atenção à saúde, sendo uma estratégia que possibilita a intervenção sobre os determinantes e condicionantes do processo de saúde e doença (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

A primeira definição sobre a APS foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978. A atenção primária foi definida como o primeiro nível de contato das pessoas com o sistema de saúde, sendo “o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção”. Relaciona-se “aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas” (GOMES et al, 2011, p. 882).

O nível de atenção primário torna-se uma modalidade de assistência que articula ações em redes de serviços locais ou regionais, utiliza recursos tecnológicos

que às vezes são insuficientes na manutenção da saúde da população em decorrência da grande diversidade e da complexidade das demandas na saúde, necessitando encaminhar essa população a outros níveis de atenção, conforme é previsto nos princípios do SUS (VIEGAS; PENNA, 2013).

Para Starfield (2002), o nível primário de atenção serve de base para os sistemas de saúde, determinando a operacionalização dos outros níveis de atenção. Favorece-se, assim, a organização e racionalização da utilização dos recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Para a autora, a APS é entendida como o nível do sistema de saúde que é a porta de entrada do usuário com demanda de saúde, devendo ser oferecido ao indivíduo atenção integral.

De acordo com Starfield (2002, p.30), a APS pode ser definida como:

Atenção essencial de saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

A atenção básica ou APS pode ser caracterizada pelo “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” visando o desenvolvimento de uma atenção integral de saúde que favorece a melhoria das condições de saúde e possibilitando autonomia às pessoas frente aos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2012, p.19).

Como características, a atenção básica apresenta a implementação de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, direcionadas a populações adscritas em territórios definidos e as equipes assumem a responsabilidade sanitária. Utilizam-se tecnologias assistenciais

complexas e diversificadas a fim de atender as demandas e necessidades de saúde dentro de um território específico (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como equivalentes, associando ambos aos princípios e diretrizes definidos na PNAB. Esse nível de atenção está relacionado com a Saúde da Família, uma estratégia que visa a expansão e consolidação da atenção básica no país (BRASIL, 2012).

A ESF propõe que a atenção à saúde seja centrada na família, em seu contexto socioeconômico no qual está inserida, a partir do seu ambiente físico e social. Proporcionam-se aos profissionais de saúde a aproximação e o contato com as condições de vida e saúde das populações adscritas em seus territórios, permitindo assim uma compreensão acerca do processo de saúde e doença, possibilitando a realização de intervenções além das práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, foi a principal estratégia de implementação e organização da APS. Inicialmente, foi apresentado como um programa, o qual estabelecia ações programáticas na APS por meio de equipes multiprofissionais, incluindo os agentes comunitários de saúde (ACS), passando, em seguida, a ser considerado através de uma visão ampliada, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, em caráter substitutivo do modelo tradicional (GOMES et al, 2011).

Essa substituição do PSF em relação às práticas convencionais teve como objetivo o fortalecimento da APS no país. Dessa forma, a ESF surgiu como uma política ordenadora da APS, na qual são incorporados os princípios e diretrizes do SUS, renovando a forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e inversão do modelo assistencial tradicional, e propondo a transformação desse modelo de atenção à saúde em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional com ênfase na família e na comunidade (GOMES et al, 2011).

A ESF é definida como:

um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159).

Os cuidados de saúde primários devem atender as recomendações do MS, em relação às atividades de promoção da saúde, proporcionando o autocuidado e o controle sob os fatores determinantes que influenciam os indivíduos no alcance do bem-estar social e da saúde. As pessoas são capacitadas para utilizar seus conhecimentos, atitudes e capacidades em atividades que melhorem a sua saúde, a de seus familiares e das coletividades (MELO et al, 2012; NASCIMENTO, 2011).

Entre os profissionais que atuam na APS, o enfermeiro é integrante da equipe multiprofissional, o qual exerce diversas atividades, administrativa, assistencial e educativa, formando vínculo profissional/usuário, desenvolvendo estratégias para reduzir crenças, mitos e preconceitos, a fim de conscientizar as usuárias sobre os benefícios da prevenção e promoção à saúde em relação ao CCU (MELO et al, 2012; SILVA; VARGENS, 2013).

A Enfermagem é compreendida como uma prática social que se relaciona com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade brasileira (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012). Sendo o cuidado seu alicerce, esse deve ser oferecido por meio de uma dinâmica organizada e sistemática que possibilite identificar as reais necessidades do indivíduo como um todo (TANNURE, 2010).

Assim, o enfermeiro, no contexto da APS, deve incorporar as ações de promoção da saúde como uma estratégia de transformação social e política da saúde, possibilitando aos usuários o atendimento as suas demandas e necessidades de saúde, de forma mais autônoma, através das ações que visam o cuidado integral, atendendo os princípios do SUS (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

A enfermagem brasileira sempre esteve inserida no contexto político, econômico e social, acompanhando o surgimento do SUS, implementando os princípios e diretrizes, elaborando programas e políticas públicas, e nas mudanças dos modelos de atenção à saúde, adaptando suas ações, técnicas e intervenções por meio de inovações nos currículos e no aperfeiçoamento profissional, a fim de atender as novas demandas propostas por essas mudanças (CELEDÔNIO et al, 2012).

Nesta perspectiva, a enfermagem vem adaptando sua formação, modificando o ensino tradicional, acompanhando as mudanças ocorridas na saúde pública e na

construção do SUS (CELEDÔNIO et al, 2012). Dessa forma, as ações de enfermagem vêm sendo baseadas nas características da atenção à saúde no Brasil, em meio às novas proposições e construções de remodelação da assistência. O enfermeiro torna-se um profissional que desenvolve ações sobre as necessidades de saúde utilizando-se de diferentes tecnologias, em um processo condicionado por fatores sociais e comportamentais (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

Em relação à ESF, fica evidente a redefinição do conceito de saúde e da prática profissional, reorganizando o processo de trabalho, permitindo ao enfermeiro a ampliação de conhecimentos e habilidades técnicas capazes de fundamentar sua prática profissional. O modelo da ESF propõe a renovação da atenção básica segundo os princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação e continuidade, dentro de um contexto de descentralização e controle social, tendo em vista o avançar do controle das doenças a promoção da saúde, mediante assistência humanizada, com vínculo, acolhimento e responsabilização (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro na ESF acontece por meio das ações estratégicas preconizadas na PNAB e da finalidade de prevenção de doenças, efetivando a interação com os usuários, por meio do acolhimento e vínculo, conforme é previsto na PNAB (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

Ressalta-se que políticas públicas e programas de saúde, como a PNAB e a ESF, são definidos como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que objetivam a orientação de ações a ser implementadas pelo Estado bem como a regulação dessas intervenções governamentais, a fim de atender o interesse público, possibilitando melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes físico, social e do trabalho (ASSIS; FERNANDES, 2011).

Dentre as políticas públicas de saúde, implementadas pelo Estado, serão enfatizadas aquelas voltadas para a área da Saúde da Mulher no presente trabalho. Assim, a saúde da mulher, ao longo da história brasileira, vem sendo alvo das políticas públicas, com diversos programas direcionados à atenção a esse grupo da população. Dentre esses, ressalta o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1984, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCU) e o Programa Viva Mulher, criados em 1997, no intuito de reduzir os indicadores de morbidade e mortalidade e as repercussões físicas,

psíquicas e sociais desenvolvidas nas mulheres decorrentes do processo de adoecimento (DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011).

No Brasil, as políticas públicas e os programas de saúde direcionados para assistência à saúde da mulher foram inicialmente formulados, na primeira metade da década de 1930, estando limitados às demandas relativas às ações voltadas para gravidez e parto. Entre os anos de 1950 a 1970, a atenção voltada à mulher se manteve de forma insuficiente, sendo estratégias direcionadas à saúde da mulher com uma visão muito fragmentada e de caráter biologicista (ASSIS; FERNANDES, 2011).

Em 1984, o MS publica o PAISM, no qual a mulher é considerada pelas políticas públicas de saúde, como um sujeito ativo da sua própria saúde considerando todas as etapas da vida da mulher. Porém, o foco do PAISM, estava direcionado ao caráter reprodutivo através de práticas assistenciais tradicionais (ASSIS; FERNANDES, 2011).

Em 2004, decorridos vinte anos da publicação do PAISM, é publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), havendo um fortalecimento e consolidação das ações visando a redução dos índices das doenças evitáveis que acometia as mulheres brasileiras, entre elas o CCU. Ampliam-se as ações de saúde para grupos, que, historicamente, estavam fora do contexto das políticas públicas, como as trabalhadoras rurais, as mulheres negras, mulheres na menopausa, na terceira idade, mulheres com transtornos mentais e deficiências, mulheres lésbicas, indígenas e presidiárias (DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011).

No ano de 2008, a PNAISM é reforçada com o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, incluindo seis novas áreas estratégicas, que complementariam aquelas abordadas na PNAISM (ASSIS; FERNANDES, 2011; DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011).

No ano de 2011, a PNAISM é novamente publicada, incorporando temas referentes ao gênero, à integralidade e à promoção da saúde como princípios norteadores, buscando 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, no combate à violência doméstica e sexual. Há também a preocupação em relação à prevenção e ao tratamento de mulheres vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), com a Síndrome

da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as portadoras de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de câncer ginecológico (BRASIL, 2011b).

No contexto de políticas públicas e programas nacionais destinados às mulheres, a enfermagem assume um papel de relevância, por meio de suas ações, conseguindo destaque nas instituições, entidades internacionais e nacionais (ASSIS; FERNANDES, 2011).

Vale ressaltar que o MS refere-se às ações da prevenção do CCU, na atenção integral à mulher, como uma prática também do enfermeiro, especificando as ações a serem realizadas por esse profissional, cabendo a esses:

[...] realizar a consulta de enfermagem, o exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2004, p. 21).

A consulta de enfermagem é uma das atividades que o enfermeiro utiliza durante a sua prática, constituindo um instrumento de trabalho próprio da enfermagem. Embora essa começa a ser realizada apenas na década de 1920, quando era denominada de entrevista pós-clínica. O termo consulta de enfermagem surge no Brasil na década de 1960 (DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011).

Com a promulgação da Lei de Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual dispõe sobre a consulta de enfermagem como ação privativa do Enfermeiro, essa passa a ser uma prática realizada por esse profissional, sendo implantada nas instituições brasileiras, consolidando o trabalho do enfermeiro e constituindo-se um meio para alcançar uma assistência humanizada de maior qualidade à mulher (BRASIL, 1986; DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011). Essa prática pode ser compreendida como o encontro entre o profissional enfermeiro e os usuários, estabelecendo diálogo e vínculo entre ambos (DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011; SILVA; VARGENS, 2013).

Cabe destacar que a consulta de enfermagem, além de ser uma das principais ações desenvolvidas pelo enfermeiro para alcançar os objetivos propostos pelas políticas e programas de saúde, é também um espaço importante para a atuação desse profissional e, conseqüentemente, contribui para a melhoria da saúde

da população, por meio das ações implementadas em relação à promoção e proteção da saúde (DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011).

Assim, os enfermeiros por meio de sua prática, devem atender as demandas e necessidades de saúde da população, efetuando intervenções e estratégias a fim de consolidar os princípios do SUS, possibilitando o desenvolvimento das ações de prevenção das doenças e da promoção da saúde (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

As ações realizadas por enfermeiros na APS e para a prevenção do CCU devem ser intervenções efetivas em relação aos fatores determinantes e condicionantes do adoecimento da população. Objetiva-se proporcionar melhores condições e modos de vida para o indivíduo, família e coletividades a fim de reduzir riscos e vulnerabilidades, favorecendo o desenvolvimento da promoção da saúde, fortalecendo a capacidade individual e coletiva frente à diversidade das causas do processo de adoecimento dessa população (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

2.3 Promoção da Saúde no Contexto do Câncer de Colo de Útero

A origem do termo promoção da saúde surge no início do século XX por Henry Sigerist, o qual concebe quatro funções da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento das doenças e reabilitação. Na concepção de Sigerist, promoção da saúde consistia em ações educativas e estruturais que objetivavam melhores condições de vida (WESTPHAL, 2009; HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Em meados do século XX, surge uma nova concepção para promoção da saúde, a partir do modelo da “história natural do processo de saúde e doença” de Leavell e Clark, quando os autores propuseram intervenções nos diferentes estágios das doenças, dentre esses estão os níveis de medidas preventivas, onde se insere a promoção da saúde. A partir desse modelo, a promoção da saúde torna-se uma etapa da prevenção primária, o que causou confusão em relação aos respectivos conceitos (WESTPHAL, 2009, p. 640; GURGEL et al, 2011).

Esse modelo foi criticado devido ao enfoque dado à prevenção das doenças e no seu agravamento, desconsiderando os aspectos sociais do processo de saúde e de doença. Porém possibilitou a expansão das ações de saúde a serem realizadas, propondo medidas preventivas a partir de ações educativas, comunicacionais e ambientais, laboratoriais, clínicas e terapêuticas (WESTPHAL, 2009).

Ao discorrer sobre o conceito de promoção da saúde, não se pode deixar de apresentar como essa concepção surge, suas alterações de significado ao longo do tempo, mas também deve enfatizar como a promoção da saúde é utilizada na prática, por meio de programas e ações governamentais voltadas para a saúde ao longo das décadas (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Em 1974, no Canadá, uma concepção de promoção da saúde surge devido as demandas de saúde da população canadense, em especial pela necessidade de compreensão pelo Ministro da Saúde canadense da época, Lalonde, sobre os investimentos na área da saúde por governos anteriores em relação às melhorias dos indicadores de saúde. Lalonde, ao realizar uma investigação sobre casualidade do processo de saúde e doença, descobre que 80% dos problemas de saúde da população eram causados pelo estilo de vida e ambiente onde estava inserida a

população, para a qual eram direcionados poucos investimentos (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Após a realização do levantamento das causas das doenças no Canadá e identificação das principais formas de adoecimento da população, as informações foram obtidas e publicadas em um relatório, conhecido como Informe Lalonde. A partir daí, altera-se o significado da promoção da saúde, estabelecendo um pensamento estratégico que visava informar, influenciar e assistir os indivíduos e organizações para que assumissem maior responsabilidade em relação à saúde por meio de mudanças de comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis (WESTPHAL, 2009).

No informe Lalonde, há sugestões de diretrizes a serem seguidas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas de saúde. Dentre essas diretrizes, podem ser destacadas: a biologia humana, os estilos de vida da população e o sistema de saúde. As intervenções a serem realizadas em relação ao ambiente seriam denominadas de medidas de “Proteção da Saúde”; as intervenções direcionadas aos sistemas de saúde seriam “Prevenção da Saúde”; e as que focalizariam o estilo de vida da população seriam denominadas de medidas de “Promoção da Saúde” (WESTPHAL, 2009, p.643).

Em 1986, acontece no Canadá a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, cujo resultado foi outro relatório conhecido como Carta de Ottawa, que, atualmente, é uma das principais referências sobre promoção da saúde (GURGEL et al, 2011; HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

A carta de Ottawa tem como base um conceito amplo de saúde, o qual define a promoção da saúde como um processo de capacitação individual e coletiva com objetivo de melhorar as condições de vida, tornando-as mais saudáveis e de melhor qualidade. A saúde passa a ser considerada não mais como uma condição, mas um recurso para desenvolver a vida, possuindo fatores determinantes e condicionantes que interferem diretamente nessa condição (GURGEL et al, 2011; HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

A nova concepção de promoção da saúde está relacionada com a aquisição de conhecimento e como esse será utilizado pelos indivíduos ou coletividade, para que assumam maior controle sobre suas vidas e conhecimento sobre os fatores que interferem nessas, havendo uma compreensão de que essa forma possibilita o

envolvimento entre a população, ambiente e sistema de saúde, tornando-os coparticipantes no processo de adoecimento e de saúde (WESTPHAL, 2009).

Destaca na Carta de Ottawa a intersectorialidade, apontando os diferentes determinantes que interferem na saúde da população. Essa definição de promoção da saúde centraliza seu foco em ações políticas e ambientais como subsídios para melhoria na qualidade de vida e saúde da população, propondo a atuação dos indivíduos a partir da identificação das demandas de saúde (WESTPHAL, 2009).

A Carta de Ottawa traz alguns pré-requisitos para garantir a saúde da população, apresentando condições e recursos essenciais para aquisição de saúde; dentre esses podem ser citados: paz, habitação, alimentação, renda, trabalho, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Propõem-se ainda cinco campos centrais para que se consiga obter a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (GURGEL et al, 2011; HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

O conceito de saúde torna-se positivo, uma vez que enfatiza os recursos sociais e individuais, bem como as capacidades físicas, não estando a promoção da saúde responsabilizada apenas pelo sistema de saúde, considerada o principal responsável por essa abordagem. Na verdade, para realizar promoção da saúde, os indivíduos devem adotar mudanças no novo estilo de vida, almejando o bem-estar (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

A promoção da saúde deve ser compreendida como uma estratégia para enfrentar as demandas de saúde que afetam a população. Essa concepção amplia a visão do processo de adoecimento e de saúde, ao qual o indivíduo está exposto durante a vida. Consideram-se os fatores determinantes e condicionantes, e propõe-se articulação entre os saberes técnicos e saberes populares, a fim de mobilizar recursos institucionais e comunitários, para o enfrentamento e resolubilidade dos problemas de saúde (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

A promoção da saúde na perspectiva socioambiental compreende-se como uma nova forma de abordagem podendo ser aplicada a atividades de prevenção, tratamento, reabilitação e também em atividades assistenciais (WESTPHAL, 2009).

O conceito de promoção da saúde no atual contexto reforça os aspectos ambientais e políticos bem como mudança no estilo de vida. Assim, promoção da

saúde é conceituada como “processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e da saúde da população” (WESTPHAL, 2009, p. 648).

A partir desta concepção, promoção da saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se uma possibilidade para o desenvolvimento da vida saudável. É responsabilidade das pessoas realizarem sua capacitação, através de conhecimentos adquiridos e das ações oferecidas pelo Estado por meio das políticas públicas, visando melhores condições de vida e adoção de mudanças de comportamentos, estilo e hábitos saudáveis (WESTPHAL, 2009; GURGEL et al, 2011).

Promoção da saúde é um termo que ao longo do tempo sofreu diversas mudanças de significados. Inicialmente, manteve-se a concepção voltada para mudança de comportamento e hábito de vida pautado nos aspectos biológicos do processo de adoecimento e de saúde. O significado adotado atualmente enfatiza as demandas de saúde da população influenciadas pelos fatores determinantes e condicionantes, estando este conceito inserido dentro de uma perspectiva coletiva e socioambiental, devendo atender as necessidades de saúde da população nos aspectos biológicos, sociais e ambientais e garantir transformações sociais e políticas (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

Conforme é apresentado por Westphal (2009), as iniciativas realizadas em torno do contexto da promoção da saúde podem ser classificadas em cinco grupos, que serão diferenciadas pelas características das intervenções realizadas.

As “iniciativas biomédicas” são caracterizadas por uma definição de saúde como ausência de doenças e com caráter curativo, voltada às ações de tratamento e prevenção de doenças específicas; em seguida, se tem as iniciativas classificadas como “Comportamentais”, cujo foco está centrado nas mudanças dos comportamentos dos indivíduos, voltadas ao estilo de vida, possuindo limitações, uma vez que o controle das iniciativas depende do indivíduo para serem efetivadas; as “Educativas”, também centradas nas mudanças do estilo de vida, porém focaliza o empoderamento¹ individual por meio de ações educativas e de autocapacitação (WESTPHAL, 2009, p. 645).

¹ O conceito de empoderamento surgiu em meio às lutas mundiais pelos direitos civis, como ocorreu nos Estados Unidos em relação ao direito à cidadania pela população negra (NASCIMENTO, 2011).

As iniciativas de “empoderamento coletivo” estão associadas ao desenvolvimento comunitário baseado na participação de todos os envolvidos em determinado problema de saúde. Por fim, encontram-se as iniciativas de “Transformação Social”, focalizadas na construção e participação social nas políticas públicas de saúde que visam condições saudáveis de saúde para a população, sendo voltadas para o princípio de equidade, que altera a percepção sobre as relações de poder. Elas se voltam para as ações direcionadas aos fatores determinantes e condicionantes de saúde (WESTPHAL, 2009, p.645).

Essas iniciativas reforçam a promoção da saúde, considerada como um processo participativo de produção e construção social da saúde, dentro do contexto de desenvolvimento socioeconômico. Essa nova conceituação tem como objetivo garantir e possibilitar melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das populações, por meio de políticas públicas de saúde intersetoriais e equitativas (BRASIL, 2010; WESTPHAL, 2009).

No Brasil, uma das referências utilizadas para promoção da saúde é a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS), a partir da qual se compreende que o processo de adoecimento e de saúde está interligado diretamente aos fatores determinantes e condicionantes. Esses fatores são responsáveis pela construção sóciohistórica da participação dos indivíduos individualmente ou na coletividade. Nesse processo, a responsabilidade de ter saúde não é apenas do Estado, por meio de programas e ações de saúde, corresponsabiliza-se também a população quanto a sua qualidade e condições de vida (BRASIL, 2010).

O sistema de saúde brasileiro, dentro de uma perspectiva com visão ampliada para a saúde, define quem são os sujeitos e coletividades que escolhem determinadas condições de vida desejáveis ou não, uma vez que essas condições permitem criar possibilidades para atender as demandas de saúde, seus desejos e aos seus interesses. Sublinha-se que as estratégias da promoção da saúde se apresentam como possibilidades para que os indivíduos potencializem, por meio de mudanças, alcançar melhores condições de saúde e de qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Ressalta-se a importância da participação social na construção da saúde, uma vez que valoriza a universalidade e a integralidade, prioriza a abordagem coletiva, a qual visa redução das desigualdades sociais e fortalece o

empoderamento social (GURGEL et al, 2011; HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Assim, os principais objetivos apresentados na PNPS é a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade, e os riscos à saúde relacionados aos fatores determinantes e condicionantes, visando à ampliação da autonomia e à corresponsabilidade dos indivíduos e coletividades, no cuidado integral e equitativo à saúde. Um dos focos da política é o princípio da equidade em saúde, cujo objetivo é reduzir as desigualdades em saúde, atendendo as reais necessidades de saúde da população brasileira (BRASIL, 2010).

Dentre as necessidades de saúde da população brasileira e a transição do perfil epidemiológico brasileiro, atualmente, as DCNT também estão sendo foco das novas políticas de saúde no país. Em decorrência do aumento crescente das DCNT, a atual época tem sido conhecida como a "epidemia de DCNT" (MALTA; SILVA JR, 2013, p. 152).

Essas doenças afetam diretamente a população com piores condições socioeconômicas, predispondo essas pessoas aos diversos fatores de risco, o que torna mais difícil a prevenção bem como a promoção da saúde, uma vez que as pessoas não possuem acesso às informações e aos serviços de saúde, o que favorece ainda mais as desigualdades sociais (MALTA; SILVA JR, 2013).

Em decorrência do aumento e da magnitude atingida pelas DCNT e pelo impacto causado ao sistema de saúde e à sociedade, em setembro de 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou a reunião de alto nível sobre DCNT, da qual participaram os chefes de Estado para deliberar sobre a temática posta em pauta. O resultado da reunião gerou uma declaração política, na qual os países participantes comprometeram-se a minimizar e deter as elevadas taxas das DCNT com ações de prevenção para seus principais fatores de risco e garantia de atenção adequada à saúde da população. Nessa declaração, a Organização Mundial da Saúde (OMS) torna-se responsável por elaborar um conjunto de metas e indicadores para que se consiga alcançar os objetivos propostos na reunião (MALTA; SILVA JR, 2013).

Nesse contexto, para atender as demandas internacionais, o Brasil elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis 2011/2022, o qual valoriza ações individuais e coletivas de Promoção da Saúde, extrapolando a responsabilidade apenas do Estado.

Destacam-se duas vantagens daí decorrentes: redução da incidência das DCNT, uma vez que reduzi-las é melhor do que combatê-las; e as ações, que normalmente são altamente custo/efetivas, realizadas em conjunto com a população e o Estado se tornam menos onerosas (SCHMIDT; DUNCAN, 2011).

Em relação ao CCU, o governo, por meio do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, faz abordagem nas quatro principais doenças que acometem a população, dentre elas as do aparelho circulatório, as respiratórias crônicas, diabetes e o câncer, e centraliza seu foco nos fatores de risco para as DCNT: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade (SCHMIDT; DUNCAN, 2011; MALTA; SILVA JR, 2013).

As metas nacionais a serem alcançadas pelo plano incluem ações voltadas para o controle e rastreamento do CCU. As principais estratégias são: a ampliação da cobertura do exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos de idade; realização de tratamento em 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer; aperfeiçoamento do rastreamento dos cânceres do colo do útero e da mama; universalização dos exames a todas as mulheres, independentemente de renda, raça, cor, reduzindo desigualdades e garantia do acesso de 100% ao tratamento de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2013a).

Assim, torna-se necessário o desenvolvimento de uma rede de atenção integral à saúde que deve centralizar suas estratégias na qualidade e no impacto da atenção a ser oferecida à população, considerando o atual aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde no Brasil (BRASIL, 2013a).

As ações a serem realizadas para a população frente aos determinantes de saúde devem condicionar aos indivíduos a aquisição da melhoria da saúde e controle das doenças, dentre essas o controle do CCU (BRASIL, 2013a).

A promoção da saúde torna-se mais evidente, uma vez que é associada a valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Ela está relacionada à corresponsabilização entre os diversos atores sociais envolvidos por meio de ações que o Estado realiza (políticas públicas saudáveis), do aperfeiçoamento e autonomia a ser desenvolvida pelos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais) e pela reorientação das práticas da saúde pelo sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e pelas parcerias intersetoriais (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Ressalta-se que esta concepção de promoção da saúde propõe o componente individual e coletivo corresponsáveis pelo processo de adoecimento e de saúde, devendo participar ativamente do processo de construção da saúde. Suas necessidades deverão ser apresentadas e devem ser capacitados a compreenderem como é o processo de elaboração e implementação das políticas de saúde, e também se autocapacitarem para entender os fatores que determinam e condicionam sua saúde, favorecendo assim a promoção da sua saúde (ALVES, 2010).

Sabe-se que o CCU é uma doença altamente evitável em 100% dos casos quando detectados precocemente, devendo as mulheres obter conhecimento acerca dessa doença, que ainda incide na população feminina brasileira, minimizando seus riscos e adotando novos comportamentos e hábitos de vida frente a esses, favorecendo sua prevenção e rastreamento, e reduzindo sua ocorrência (SOARES et al, 2011).

As ações estratégicas a serem realizadas pela enfermagem para detecção e rastreamento do CCU dependem dos fatores de risco associados, sendo que parte desses fatores é dependente do comportamento do indivíduo, que pode ser modificado, reduzindo o risco de desenvolver o câncer. Porém, algumas mudanças dependem exclusivamente do indivíduo, enquanto outras requerem mudanças a nível comunitário e populacional, por exemplo, quando houver maior necessidade de acesso aos serviços de saúde para detecção e rastreamento do CCU, esse dependerá de estratégias articuladas pelo sistema de saúde (INCA, 2008).

Assim, há necessidade de mudanças no estilo de vida individual, do desenvolvimento de estratégias e regulamentações governamentais, transformações sociais e culturais na população e novas pesquisas, para que ocorra a minimização dos fatores de riscos, tornando-os conhecidos da população exposta (INCA, 2008; GURGEL et al, 2011).

O profissional enfermeiro pode atuar utilizando as diversas abordagens disponíveis na área da saúde, articulando-as, seja na prevenção ou promoção da saúde, uma vez que sua prática assistencial, seus conhecimentos sobre fatores de risco para o câncer e ações de promoção da saúde estão direcionadas ao processo de adoecimento e de saúde da população (GURGEL et al, 2011; SANTOS et al, 2011; MELO et al, 2012).

A enfermagem pode desenvolver ações para prevenção e controle do câncer por meio de uma ampla diversidade de intervenções, estando essas direcionadas, principalmente, para ações de rastreamento e detecção precoce (SANTOS et al, 2011).

Assim, as ações que podem ser realizadas pelo enfermeiro são inúmeras, como: promoção do controle dos fatores de risco do CCU, bem como das doenças transmitidas sexualmente; proporcionar condições para que tenha aumento do número de mulheres submetidas ao exame citopatológico; participação da organização de um sistema de registro de casos capaz de garantir que as mulheres com resultados citopatológicos normais sejam examinadas em intervalos regulares; a adoção, por parte do profissional, de condutas imediatas frente a alguma anormalidade identificada nos resultados do Papanicolaou, procedendo ao encaminhamento para a realização de tratamento adequado e seguro para reduzir o índice de perda das mulheres com citologia alteradas e garantindo procedimentos diagnósticos e tratamentos subsequentes, realizáveis no nível secundário ou terciário de atenção do sistema de saúde (INCA, 2008).

No Brasil, apesar da promoção da saúde ser discutida há algumas décadas, as discussões ainda estão voltadas para o modelo proposto por Leavell e Clark. Segundo o modelo, a promoção da saúde é considerada uma das etapas dos níveis de prevenção conforme proposto pelos autores (WESTPHAL, 2009).

Com o surgimento da política de promoção da saúde, há uma demanda por produção de conhecimentos e pela divulgação de experiências exitosas no que concernem as ações no campo da promoção da saúde, devendo a temática ser incorporada na prática da enfermagem brasileira, o que não está sendo percebido atualmente (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Ainda há uma controvérsia acerca da promoção da saúde e da educação em saúde que possui um caráter preventivo, sendo que ambas são adotadas como sinônimo, o que não pode ser considerado, uma vez que educação em saúde na visão tradicional representa a aprendizagem sobre determinadas doenças, com a finalidade de saber evitá-las, de conhecer seus efeitos no indivíduo e maneira de restabelecer a saúde. Observa-se que essa visão tradicional está direcionada às medidas adotadas para prevenção das doenças (WESTPHAL, 2009; GURGEL et al, 2011; MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Outra vertente que surge em relação à educação em saúde está mais direcionada aos fatores sociais que afetam a saúde, quando são abordadas as diferentes estratégias que a população pode adotar para que consiga a saúde e o bem-estar, havendo aproximação dessa segunda tendência com o conceito de promoção da saúde (WESTPHAL, 2009; GURGEL et al, 2011; MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

O estudo realizado por Mascarenhas, Melo e Fagundes (2012) apresenta resultados acerca da produção científica nacional sobre promoção da saúde na prática assistencial da enfermagem, em especial no nível primário de atenção. A promoção da saúde é pouco identificada no cotidiano da assistência dos enfermeiros, o que se justifica pelo baixo percentual de produção científica dessa temática, sendo caracterizada a promoção da saúde como educação em saúde.

Dessa forma, torna-se necessário esclarecer que educação em saúde é um conjunto de práticas e de conhecimentos, assim como a promoção da saúde, para onde convergem diversas concepções, as quais expressam diferentes ideologias e compreensões acerca de saúde, devendo ser compreendida como uma ferramenta de desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de medidas preventivas (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Nesse contexto, será apresentado um marco teórico, no qual a Enfermagem poderá se apoiar para atuar na promoção da saúde, visando à manutenção da saúde e do bem-estar. A meta é adotar medidas para prevenir doenças, dentre essas o CCU, subsidiando as ações a serem implementadas para promover a sua saúde, utilizando estratégias para controle e rastreamento do câncer cervical (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

As teorias de enfermagem podem ser visualizadas como o resultado da percepção da realidade, da interrelação de seus componentes, da formulação e da intercessão dos conceitos de ser humano, ambiente, saúde e cuidado. As teorias são desenvolvidas para determinado contexto, onde são apresentadas ideias que compõem as noções abstratas e as percepções dos fenômenos, acontecimentos e experiências ocorridos durante a prática assistencial, que podem sofrer alterações devido às interferências de valores e crenças nas percepções e formulações das próprias ideias (TANNURE, 2010).

Os conhecimentos e saberes próprios da enfermagem constituem o alicerce da profissão, sendo as teorias uma possibilidade de concretização das interrelações

e integração entre os saberes práticos e teóricos que devem orientar, descrever, explicar e prever fenômenos que podem ocorrer na prática. Por isso, as teorias devem ser estruturadas, de forma que conduzam todas as ações assistenciais e terapêuticas (TANNURE, 2010).

Assim, muitas são as teorias que podem ser utilizadas na prática da enfermagem, no entanto os trabalhos estão direcionados a determinados grupos de teorias específicas, que atendem a perspectiva e a realidade na qual a enfermagem está atuando naquele momento, sendo essa uma premissa das teorias de enfermagem. Ou seja, tais teorias devem ser generalizáveis. Assim é percebido que teorias de necessidades, teorias sistêmicas e humanísticas são as mais utilizadas nos estudos teóricos e/ou práticos e favorecem a melhoria da qualidade do cuidado, contribuindo para a promoção da saúde (SANTOS et al, 2011).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender possui abordagem relacionada à promoção da saúde, sendo um modelo a ser seguido para desenvolvimento e conhecimento de intervenções voltadas para a promoção da saúde durante a prática de enfermagem (SILVA, SANTOS, 2010; SANTOS et al, 2011).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é adequado como referencial a ser aplicado para o desenvolvimento de cuidado de enfermagem no âmbito da promoção da saúde. Este modelo conta com uma estrutura simples, na qual o enfermeiro pode atuar por meio de cuidados de forma individual ou coletiva, desenvolver ações, permitindo planejamento, intervenção e avaliação de suas ações (SILVA; SANTOS, 2010).

A abordagem de promoção da saúde por Nola Pender é um modelo que favorece a compreensão do modo como os indivíduos adotam decisões sobre o cuidado de sua própria saúde, uma vez que o autocuidado é uma forma de comportamento individual que está direcionado à saúde. Assim, as atividades de promoção da saúde podem ser combinadas por meio de experiências cognitivas, crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida do grupo e a cultura à qual o indivíduo pertence (SANTOS et al, 2011) .

Em 1975, Nola Pender, enfermeira e professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan - Estados Unidos publica por meio de um artigo um modelo conceitual que visava compreender comportamentos e hábitos de vida de indivíduos em um contexto biopsicossocial. O modelo de promoção da saúde original foi publicado em 1982, no texto do *Health Promotion in Nursing Practice*. Esse modelo possibilitava a identificação dos fatores que influenciava indivíduos a adotar ou não condutas para prevenir doenças (ALVES, 2010).

De acordo com Pender, promoção da saúde é definida como atividades que são direcionadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar do indivíduo (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005; ALVES, 2010).

Assim, “o modelo de promoção da saúde é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser utilizado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde”, o que permite realizar avaliações em relação a comportamentos que favorece a adesão às medidas promotoras de saúde (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005, p.237).

Para a construção do modelo de promoção da saúde, a autora baseou-se em dois referenciais teóricos, sendo adotada a Teoria da Aprendizagem Social, desenvolvida por Albert Bandura, é postulada a importância do processo cognitivo na mudança comportamental e conduta dos indivíduos, e o Modelo de Valorização da Motivação Humana, postulado por Feather em 1982, considera que o comportamento é racional; se for necessário realizar determinada conduta, essa será realizada para que se consiga atingir um objetivo. Ambos os referenciais são da Psicologia, os quais serviram de bases teóricas para a elaboração do modelo (ALVES, 2010).

Nesse contexto, o modelo de promoção da saúde surge como uma proposta de articulação entre teorias comportamentais às teorias de enfermagem, visando compreender as relações entre a adoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis a partir do contexto biopsicossocial. Além disso, busca inserir a concepção de promoção da saúde em atividades e experiências cotidianas a fim de favorecer o desenvolvimento do bem-estar e da manutenção da saúde (ALVES, 2010).

No Brasil, o modelo de promoção da saúde é ainda pouco utilizado e difundido, estando sua aplicação direcionada às ações de caráter educativo e aquelas relacionadas ao envelhecimento. Vale ressaltar que teorias e modelos não são verdades absolutas, porém esses possibilitam direcionamentos e organização da assistência, favorecendo as decisões a serem realizadas e as intervenções a serem implementadas na prática assistencial (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005; SILVA; SANTOS, 2010).

Assim, ressalta-se a necessidade do enfermeiro em aplicar seus conhecimentos às novas concepções do cuidar, dentre essas concepções aquelas voltadas para promoção da saúde a fim de garantir qualidade de vida em condições saudáveis a determinado indivíduo ou grupo. Destaca-se dessa forma a necessidade de alteração de um modelo voltado meramente para cuidados assistenciais e biológicos de enfermagem, o qual desconsidera os saberes

populares, para um modelo que assume um compromisso com o indivíduo, corresponsabilizando-o pelo seu processo de adoecimento ou de saúde (SANTOS et al, 2011).

O estilo de vida é uma forma na qual os indivíduos ou grupos experienciam o viver, adotando padrões que colocam em prática o modo consistente pelo qual a vida é conduzida objetivando a manutenção da saúde, podendo favorecer situações de risco para a ocorrência de doenças (GAMARRA SANCHEZ et al, 2010).

De acordo com o modelo de promoção da saúde de Nola Pender, estilo de vida é entendido como conjunto de padrões de comportamento ou hábitos que estão relacionados diretamente à sua saúde, com objetivo de favorecer o bem-estar e desenvolvimento do ser humano (ALVES, 2010; GAMARRA SANCHEZ et al, 2010).

A utilização de modelos e teorias para realizar ações de promoção da saúde pode ser facilitada, quando há uma compreensão dos fatores determinantes e condicionantes do processo de saúde e doença, facilitando a tomada de decisões para atender às necessidades e interesses das pessoas envolvidas nesse processo (SANTOS et al, 2010).

As teorias de enfermagem são estruturadas por meio do contexto, conteúdo e processo. Contexto é compreendido como o ambiente ou algum local onde é prestada a assistência de enfermagem; o conteúdo é o assunto que será abordado na teoria, ou seja, do que se trata a teoria (TANNURE, 2010).

Sendo o conteúdo de uma teoria o assunto a ser abordado, esse será composto por quatro elementos fundamentais, os quais interagem e se interrelacionam, sendo apresentados como: pessoa/indivíduo, enfermagem, ambiente e saúde. Por fim, há o processo, sendo o mesmo a forma ou o método pelo qual a enfermagem atua e executa suas ações (TANNURE, 2010).

Os elementos fundamentais de uma teoria devem ser bem elucidados, a fim favorecer de maneira clara e objetiva o postulado na qual está alicerçada, para que os enfermeiros consigam de forma eficaz adequar as teorias à realidade dos serviços, direcionando todo o processo de enfermagem. Ressalta-se que os elementos que compõem as teorias devem ser adaptáveis à instituição, aos profissionais e aos indivíduos que necessitam de cuidados de enfermagem (TANNURE, 2010).

Dessa forma, serão definidos os elementos fundamentais que compõem o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, sendo esses o ambiente, a saúde, a enfermagem e a pessoa.

Assim, o conceito de saúde é observado sob os aspectos individual, familiar e comunitário, enfatizando a melhoria do bem estar, no desenvolvimento de capacidades, extinguindo a concepção puramente biológica, na qual a saúde é compreendida como ausência de doenças (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

Em relação ao ambiente, Nola Pender conceitua que esse é resultado das relações entre indivíduo e seu acesso a recursos de saúde, sociais e econômicos. Defende que essas relações devem proporcionar ambientes saudáveis para o desenvolvimento do bem-estar e da vida das pessoas (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

O conceito de pessoa é definido como sendo um indivíduo que é capaz de tomar decisões e resolver problemas; dando ênfase ao potencial que essas pessoas possuem em adotar mudanças de comportamentos em relação à sua saúde (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

A enfermagem surge no texto, relacionando-se com as intervenções e estratégias que o enfermeiro deve dispor para favorecer o comportamento de promoção da saúde. Um dos estímulos principais para atingir essas ações é o indivíduo ser responsável pelo seu autocuidado (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

Analisando o diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola Pender, que estabelece as relações entre as variáveis que compõem o referencial teórico, não serão identificadas a presença dos conceitos ambiente, saúde, enfermagem e pessoa, de maneira explícita. Esses conceitos ficam subentendidos em meio às variáveis representadas no diagrama de forma subjetiva (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

De acordo com Alves (2010), quando o *Health Promotion in Nursing Practice* é publicado em sua terceira edição, são apresentados os principais pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde, reforçando o papel ativo do indivíduo nas tomadas de decisão em relação aos comportamentos a serem adotados para promover sua saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2006).

Os principais pressupostos são: a) as pessoas devem criar condições de vida que lhes permitam expressar seu potencial de saúde; b) as pessoas possuem

consciência reflexiva e de valorização das próprias competências; c) as pessoas valorizam o crescimento entendendo ser esse positivo procurando um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade; d) as pessoas são capazes de planejar ativamente seus comportamentos; e) as pessoas são capazes de interagir com o ambiente, transformando-o e sendo transformado; f) os profissionais de saúde fazem parte da interação entre as pessoas e o ambiente, os quais influenciam as pessoas durante seu ciclo de vida; g) a reconfiguração da interação entre pessoa-ambiente deve ser realizada pela própria pessoa, sendo necessária a mudança de comportamento (ALVES, 2010).

Na quarta edição do *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender, Murdaugh e Parsons (2006) apresentam quatorze afirmações teóricas derivadas do Modelo de Promoção da Saúde: 1. Comportamento anterior e as características pessoais influenciam as crenças, os sentimentos e adoção de comportamentos saudáveis; 2. Pessoas adotam mudanças de comportamentos quando percebem os benefícios para a sua vida; 3. As dificuldades e as barreiras fazem as pessoas se tornarem comprometidas com determinada conduta, a avaliar sua conduta e aplicá-la; 4. Competência percebida pela pessoa em executar uma conduta aumenta a probabilidade da ação ser executada; 5. Eficácia percebida pela pessoa tem como resultado menor dificuldade para a execução de uma conduta; 6. Sentimento positivo acerca de determinada conduta aumenta esse sentimento; 7. Quando emoções positivas associam-se a determinado comportamento, as chances de compromisso de ação aumentam; 8. Pessoas se comprometem a adotar comportamento saudável quando indivíduos importantes para elas modelam esse comportamento, oferecendo ajuda e auxílio; 9. Familiares, cônjuge e profissionais da saúde são influências interpessoais que podem aumentar ou diminuir o compromisso da pessoa com determinado comportamento; 10. Influências situacionais aumentam ou diminuem a responsabilidade das pessoas com determinado comportamento; 11. Quanto maior o compromisso com os comportamentos planejados, maior a probabilidade de manutenção de condutas saudáveis; 12. O compromisso de um plano de ação é menos provável que acabe com as exigências contrapostas nas quais as pessoas possuem menor controle de receber uma atenção imediata; 13. É menos provável que a responsabilidade de um planejamento de comportamentos chegue a ser uma conduta desejada quando algumas ações são mais atrativas que outras; 14. As pessoas são capazes de

modificar conhecimentos, sentimentos e relações interpessoais e físicas para criar estímulos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2006).

Dessa forma, as afirmações teóricas, quando inseridas no modelo de Nola Pender, representam a interrelação entre os fatores cognitivos e perceptivos dos indivíduos aos fatores determinantes para a adoção de comportamentos saudáveis de promoção da saúde (ALVES; 2010; NASCIMENTO, 2011).

Nola Pender explicita uma preocupação acerca da percepção pelos indivíduos dos comportamentos que visa melhorar a saúde, sendo esses aplicáveis durante todo o desenvolvimento do ser humano. O modelo funciona como referencial teórico que tenta descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto objetivam a sua saúde. Assim, a teórica afirma que os processos biopsicossociais são complexos, porém são esses processos que motivam os indivíduos a adotar determinado comportamento voltado para a melhoria da saúde (ALVES, 2010; OLIVEIRA, 2011).

A teoria de Nola Pender pressupõe que a saúde é um estado positivo e, dessa forma, todos os indivíduos almejam alcançá-la. O indivíduo é o elemento central desse modelo sendo dependente dos seus processos cognitivos, perceptivos e dos fatores pessoais, para conseguir o bem estar e saúde (NASCIMENTO, 2011).

O modelo é aplicável a vários contextos e no processo de desenvolvimento da vida humana, enfatiza o papel central do indivíduo na gestão dos seus comportamentos de saúde, sendo essa uma ferramenta a ser considerada na atuação da enfermagem no que concerne à promoção da saúde (ALVES, 2010; OLIVEIRA, 2011).

A seguir, é apresentado o Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde proposto por Nola Pender (Figura 1), que remete aos comportamentos dos indivíduos em relação à percepção desses acerca da necessidade de manter ou obter a saúde, modificando comportamentos, hábitos e estilos de vida, e a Enfermagem oferece condições, informações, planeja e implementa ações capazes de efetivar essas mudanças.

Figura 1: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

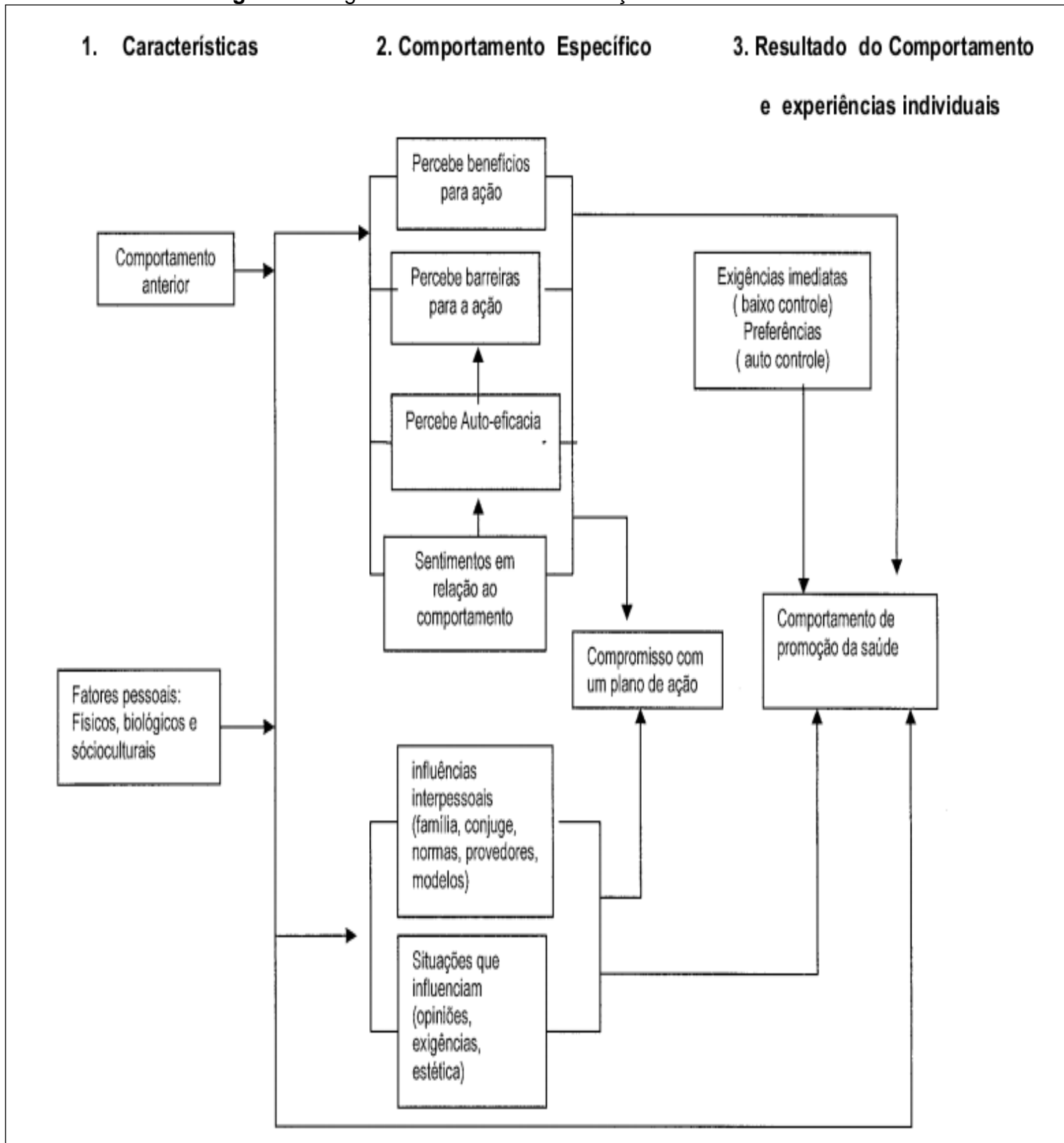


Figura 1: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*. Fonte: VICTOR, JF; LOPES, MVO; XIMENES, LB. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J.Pender. Acta Paul Enferm. v.18, n.3, 2005, p.235-40.

Conforme é apresentado no diagrama (Figura 1), o modelo divide-se da seguinte forma: “características”, que compreendem o “comportamento anterior” e os “fatores pessoais”, que são divididos em fatores biológicos, psicológicos e socioculturais.

O “comportamento anterior” é entendido como o comportamento que deve ser mudado, o qual produz efeitos diretos e indiretos, em que é provável que haja comprometimento sob os comportamentos e condutas de promoção da saúde. Os “fatores pessoais” é outra variável, sendo referidos como aqueles com caráter preditivo em relação a determinado comportamento, sendo moldados pela natureza do comportamento a ser considerado. Os fatores pessoais de natureza biológica podem ser apresentados como a idade, a capacidade aeróbica, sexo, estado de puberdade, estado de menopausa, índice de massa corporal, a força e a agilidade. Os fatores de natureza psicológica a serem considerados são a autoestima, a automotivação, a competência pessoal, o estado de saúde percebido e a concepção de saúde, enquanto os fatores socioculturais são apresentados pela raça, etnia, cultura, nível de escolaridade e o nível socioeconômico do indivíduo (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005; ALVES, 2010; OLIVEIRA, 2011).

O “comportamento específico” refere-se aos “sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento” que se deseja alcançar, sendo o núcleo central do diagrama, composto pelas seguintes variáveis: “percebe benefícios para ação”, consideradas como representações mentais positivas, que reforçam as consequências de adotar um comportamento; a variável “percebe barreiras para ação” é identificada como percepções negativas sobre determinado comportamento, como dificuldades e custos pessoais; outra variável apresentada é “percebe autoeficácia”, considerada como um julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações; “sentimentos em relação ao comportamento” é outra variável que reflete uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo ou negativo. A variável “influências interpessoais” é entendida como sendo o comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, provedores de saúde ou por normas e modelos sociais; por último têm-se as “influências situacionais”, podendo ser compreendidas a partir da percepção de que o ambiente é um facilitador ou dificultador para determinados comportamentos de saúde (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005; ALVES, 2010; NASCIMENTO, 2011).

O “resultado do comportamento e experiências individuais” abrange o compromisso com o plano de ação, uma vez que as ações que são adotadas possibilitam o indivíduo a se manter no comportamento de promoção da saúde esperado. As “exigências imediatas e preferenciais” possibilitam compreender que as pessoas têm baixo controle sobre os seus comportamentos e, por isso, requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento influenciando de forma positiva ou negativa. O “comportamento de promoção da saúde” é o resultado esperado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005; ALVES, 2010; NASCIMENTO, 2011; OLIVEIRA, 2011).

Assim, o Modelo de Promoção da Saúde torna-se um instrumento facilitador para alcançar os objetivos propostos no presente estudo, podendo ser utilizado como referencial teórico a fim de favorecer a compreensão acerca das intervenções realizadas pelos enfermeiros na atenção primária à saúde que poderá proporcionar mudanças comportamentais, hábitos e estilo de vida e, fazer com que as mulheres adotem medidas de prevenção e promoção à saúde em relação ao CCU, enfatizando essa perspectiva segundo as usuárias (ALVES, 2010; OLIVEIRA, 2011).

As intervenções que são realizadas pelos enfermeiros na APS deverão superar as barreiras e dificuldades impostas pelas influências interpessoais e do ambiente, devem favorecer mudanças de comportamentos, hábitos e estilos de vida, que promoverão o bem estar e a saúde das usuárias (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

As dificuldades encontradas em relação às medidas de prevenção do CCU podem ser superadas quando as intervenções forem realizadas de forma bem delineadas, devendo ser selecionadas aquelas que consideram as características específicas do indivíduo, da população ou do serviço de saúde onde essas poderão ser realizadas (VASCONCELOS et al, 2011).

3.2 Intervenções Comportamentais, Cognitivas e Sociais realizadas por Enfermeiros na Abordagem da Prevenção do Câncer de Colo de Útero

O processo de cuidar exige dos enfermeiros habilidades e conhecimentos a serem aplicados durante a prática assistencial por meio de intervenções de enfermagem, a fim de proporcionar qualidade de vida aos indivíduos e à sociedade (VASCONCELOS et al, 2011; BONFIM et al, 2012).

A enfermagem cada vez mais se fortalece como ciência, profissão e prática social, uma vez que é desafiada constantemente a buscar novos conhecimentos para promover o cuidado a ser prestado ao ser humano e, dessa forma, favorecer a qualidade das intervenções no processo de saúde e doença (BONFIM et al, 2012).

A definição de intervenção de enfermagem pode ser apresentada como “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2006, p. 23).

Dentre as intervenções a serem realizadas por enfermeiros estão incluídas os cuidados oferecidos de forma direta e indireta direcionados aos indivíduos, as famílias e a comunidade, cabendo ao enfermeiro realizar a assistência por meio de intervenções de saúde, a fim de garantir a prevenção de doenças e a promoção da saúde (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2006; VASCONCELOS et al, 2011).

As intervenções que podem ser realizadas isoladamente ou em conjunto pela enfermagem a fim de sensibilizar a população feminina quanto à condição de vulnerabilidade frente ao CCU, são classificadas em comportamentais, cognitivas e sociais (YABROFF; MANGAN; MANDELBLATT, 2003; VASCONCELOS et al, 2011).

A definição de cognição é apresentada como “ato ou processo da aquisição do conhecimento que se dá através da percepção, da atenção, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e linguagem” (SERAFIM, 2008, p.47).

Dessa forma a cognição é mais do que a aquisição de conhecimento, consiste no processo adaptativo do ser humano ao meio onde esse está inserido, sendo também um mecanismo de conversão do que é captado do meio externo para o modo de ser interno do ser humano. Assim, cognição é um processo pelo qual o ser humano interage com os seus semelhantes e com o meio em que vive, sem perder a sua identidade existencial (SERAFIM, 2008).

Nesta investigação, consideramos como intervenções cognitivas aquelas que devem fornecer informações capazes de sensibilizar as mulheres quanto à necessidade de mudanças de comportamentos bem como orientá-las para adesão à realização de exames de controle e rastreamento para CCU (YABROFF; MANGAN; MANDELBLATT, 2003; VASCONCELOS et al, 2011).

Entende-se por comportamento a relação ser humano/ambiente, que pode ser compreendida por meio de sua dinâmica como uma coordenação sensório-motora, e na perspectiva da análise do comportamento como uma relação de interdependência entre eventos ambientais, eventos comportamentais, estados comportamentais e processos comportamentais, que se articulam e integram (LOPES, 2008).

Dessa forma, quando o indivíduo recebe influência do ambiente onde está inserido, coordenando sentidos e executando ações, esses são capazes de articular eventos, que podem favorecer a adesão a determinadas atitudes bem como fazer com que esse adote uma nova estratégia de articulação do que é recebido com o que será realizado (LOPES, 2008).

Assim, intervenções comportamentais são aquelas que devem estimular os indivíduos a modificar hábitos e estilos de vida, que devem favorecer mudanças comportamentais associadas à realização ou não de exames para a detecção precoce do CCU, como lembretes, recados, cartazes e telefonemas (YABROFF; MANGAN; MANDELBLATT, 2003; VASCONCELOS et al, 2011).

As intervenções sociais podem ser realizadas com auxílio de pessoas da comunidade, podendo a enfermagem realizá-las de forma direta ou indireta, utilizando atividades educativas, oferecendo informações ou visitando a comunidade, a fim de aumentar a adesão ao exame de rastreamento e controle do CCU, ou indiretamente por meios de outros profissionais, como técnico em enfermagem ou agentes comunitários de saúde, ou em associações da comunidade, por exemplo, conselho de saúde, associação de bairro, igrejas, entre outros (YABROFF; MANGAN; MANDELBLATT, 2003; VASCONCELOS et al, 2011).

Assim, as intervenções podem ser classificadas com o objetivo de atender a mudanças nos processos cognitivos, nos comportamentos, nos hábitos e estilos de vida dos indivíduos bem como direcionadas ao público que poderá influenciar usuários, profissionais da saúde e o sistema de saúde (YABROFF; MANGAN; MANDELBLATT, 2003).

Ressalta-se que a prática de enfermagem, mesmo sendo permeada de diversas funções, está voltada apenas para uma finalidade nos serviços de saúde, o cuidado de enfermagem (MATUMOTO et al, 2011).

O enfermeiro ao desempenhar seu papel social de agente promotor do cuidado, estabelece relações interpessoais com os usuários, necessitando incorporar na sua prática estratégias que possibilitem uma efetiva influência e adesão às medidas terapêuticas recomendadas em relação aos indivíduos que são favorecidos pelos cuidados prestados, devendo possuir ferramentas capazes de concretizar essa “sensibilização” como a escuta, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, e habilidades para desenvolver uma assistência de qualidade, humanizada, integral, sistematizada e, sobretudo efetiva acerca das demandas de saúde da população assistida (WESTPHAL, 2009; MATUMOTO et al, 2011).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Na pesquisa sobre a “Prevenção do Câncer de Colo de Útero: Intervenções de Enfermeiros na Atenção Primária à Saúde” foi adotado o método de investigação de natureza qualitativa, do tipo exploratória e descritiva para abranger a complexidade do objeto de estudo.

O estudo qualitativo possibilita a compreensão de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens em relação à sua forma de pensar, sentir e viver, ou seja, o que corresponde aos processos e fenômenos sociais nos quais estão inseridos e envolvidos (MINAYO, 2014).

A pesquisa exploratória fundamenta-se na possibilidade de proporcionar maior proximidade com o problema a ser estudado, torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses e aprimorar ideias (MINAYO, 2014).

A abordagem descritiva objetiva a descrição das características de determinada população e/ou fenômeno, com estabelecimento de relações entre variáveis. Há pesquisas que, embora definidas como descritivas, ao fazerem uma observação dos seus objetivos, acabam proporcionando uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias. Dessa forma, as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente são realizadas por pesquisadores que possuem preocupação com a atuação prática, o que justifica a realização no presente estudo (GIL, 2010; FONTANELLA et al, 2011).

4.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada em duas unidades de atenção primária à saúde (UAPS) de uma cidade da Zona da Mata Mineira, que possui treze regiões sanitárias, sendo que a coleta de dados ocorreu em duas regiões sanitárias distintas. Uma UAPS da Região Sanitária 12 – (Sudeste) e outra UAPS da Região Sanitária 08 – (Norte) cujas equipes da Estratégia Saúde da Família foram

implantadas entre 10 a 20 anos na área e as enfermeiras das equipes realizam ações de prevenção e promoção à saúde em relação ao CCU.

A escolha do cenário de pesquisa ocorreu pelo fato das unidades possuírem equipes da ESF sendo compostas de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de Saúde e odontólogos, e também devido à atuação de enfermeiros na prevenção do CCU num período de 10 a 20 anos.

4.3 Participantes do Estudo

Participaram do estudo 18 usuárias das UAPS. As participantes foram usuárias assistidas em duas UAPS em um município da Zona da Mata Mineira. Os critérios de inclusão foram: 1) mulheres cadastradas e assistidas na ESF das UAPS, 2) mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e 3) mulheres que são assistidas por enfermeiros para prevenção do CCU. O critério de exclusão adotado foi as usuárias que não faziam uso exclusivamente no serviço público, em especial nas UAPS onde foi realizada a investigação. Entre as convidadas a participar da pesquisa, foram excluídas (04) quatro usuárias por não utilizar o serviço da UAPS rotineiramente, recorrendo às instituições privadas.

Participaram do estudo mulheres na faixa etária de 25 a 61 anos, com média de 43 anos. Quanto à escolaridade, o tempo de estudo variou entre 9 a 11 anos de estudo, sendo esse dado referente ao ensino médio completo e incompleto. Em relação à renda familiar, observou-se o predomínio de 03 salários mínimos. A cor predominante na investigação foi a branca. Quanto ao estado civil, predominaram mulheres que eram casadas.

Foi observado durante as entrevistas que todas as participantes mostraram-se motivadas a responder as questões norteadoras; no entanto, apresentaram sinais de ansiedade pelo fato da entrevista ser gravada.

4.4 Aspectos Éticos

A coleta das informações iniciou após a aprovação da presente investigação no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora sob número do parecer 718.335, aprovado em 10 de julho de 2014 (Anexo), considerado o critério que antecedeu o processo de coleta de dados,

atendendo aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Previamente à aprovação da pesquisa pelo respectivo Comitê de Ética foi solicitada autorização para a realização do estudo à Subsecretária da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, por meio do termo de infraestrutura e concordância (Apêndice).

A pesquisa foi realizada mediante esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo). As participantes que aceitaram participar da investigação fizeram a leitura e assinaram o TCLE.

Essa investigação apresentou risco mínimo para as participantes, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler.

4.5 Coleta dos Dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevista estruturada com aplicação de um questionário contendo questões fechadas e abertas (Apêndice).

As usuárias foram recrutadas no momento em que estavam na UAPS aguardando atendimento na sala de espera, sendo realizado o convite para participar voluntariamente do estudo, e, após o aceite, foram esclarecidas quanto à pesquisa e aos objetivos da investigação.

Inicialmente, o instrumento de coleta de dados foi aplicado em 03 (três) entrevistas antes do início da coleta propriamente dita, o que possibilitou verificar sua estrutura, formato e conteúdo (MINAYO, 2014). Após essa etapa, o instrumento foi reformulado, corrigindo lacunas, a fim de alcançar os objetivos da pesquisa.

A coleta de dados desse estudo ocorreu através do preenchimento do questionário pelo pesquisador. O ambiente utilizado foi o consultório que não estava sendo utilizado para atendimento, no sentido de manter a privacidade e evitar interrupções. Ao iniciar a coleta, o pesquisador permaneceu próximo às participantes, sentando-se ao lado ou em frente a elas. Também foi comunicado às participantes que ocorreria a gravação, o que foi aceito por todas.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital e transcritas na íntegra no programa Word for Windows. A fim de resguardar o anonimato das participantes,

foram identificadas por números de acordo com a ordem das entrevistas (E01, E02,...,En).

A coleta de dados ocorreu no período de 08 de janeiro de 2015 a 12 de março de 2015.

O preenchimento do questionário iniciava com a apresentação dos objetivos e da temática da investigação, sendo esclarecidas as dúvidas das participantes sobre a pesquisa bem como solicitação da assinatura do TCLE, entregando-lhe uma cópia do mesmo. Assim, à medida que o pesquisador apresentava as questões, ao surgir novas questões originadas das respostas das participantes, o pesquisador indagava pontos elucidativos relacionados à temática.

No instrumento de coleta de dados, a caracterização socioeconômica possuía questões estruturadas para serem respondidas de forma fechada com preenchimento de campos específicos, como raça autodeclarada, renda familiar e estado civil, e também questões abertas para serem respondidas pelas participantes como idade, profissão/ocupação, participação na renda familiar, se possuem alguma patologia/doença e quem paga as contas.

Atendendo o Diagrama do Modelo de Nola Pender, tem-se: Características (Comportamento Anterior e Fatores Pessoais); Comportamento Específico (Benefícios, Barreiras, Percepções e Influências), Resultado do Comportamento e Experiências Individuais e as Intervenções da enfermagem capazes de mudar comportamentos, hábitos e estilos de vida com questões abertas e fechadas.

Apesar do instrumento de coleta de dados ser composto de questões abertas e fechadas, o pesquisador não se deteve apenas a essas questões, extraindo relatos valiosos nas respostas das participantes para a investigação.

Ao final da entrevista, o pesquisador oportunizou as participantes a acrescentar informações adicionais acerca da temática abordada durante a entrevista, sendo esse considerado um momento enriquecedor, uma vez que as participantes adicionavam informações relevantes acerca da temática da investigação.

O pesquisador fez agradecimentos sobre a participação das usuárias na pesquisa e esclareceu, além das eventuais dúvidas, que elas poderiam procurá-lo posteriormente ou as enfermeiras da UAPS.

A análise das informações ocorreu após a coleta, sendo o fechamento do número amostral feito por meio da saturação teórica das informações

(FONTANELLA et al, 2011). Foram considerados critérios de saturação das informações, a recorrência e a repetição das informações nos relatos transcritos e a escassez de novas informações nas entrevistas analisadas.

A saturação das informações é definida como “a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados”, uma vez que as informações fornecidas por novos participantes não acrescentaria ao material coletado informação relevante (FONTANELLA et al, 2011, p. 17). Observou-se a repetição dos conteúdos e das intervenções dos enfermeiros nas falas das participantes, sendo considerado o alcance da saturação teórica.

4.6 Análise dos Dados

A análise foi iniciada após a coleta dos dados por meio da técnica de análise de conteúdo temático.

Para Bardin (2011, p.47), o termo análise de conteúdo designa:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

O tema é definido como uma unidade de significação que se liberta naturalmente do texto analisado sendo subsidiado por uma teoria que norteará a sua análise, e, por ser considerada uma técnica mais simples, é apropriada para a pesquisa qualitativa em saúde. Assim, ao realizar a análise de conteúdo temático, pretende-se descobrir os núcleos do sentido, cuja presença ou frequência tenha significados analíticos para a investigação (MINAYO, 2014).

No presente estudo, os dados foram agrupados em quatro categorias apriorísticas em consonância com o Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender – Características (Comportamento Anterior e Fatores Pessoais); Comportamento Específico (Benefícios, Barreiras, Percepções e Influências); Resultado do Comportamento e Experiências Individuais e A Enfermagem na Prevenção do CCU: Intervenções Comportamentais, Cognitivas e Sociais.

A técnica de análise de conteúdo temático é organizada em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

A primeira fase é a de pré-exploração do material ou de leitura flutuante do corpus das entrevistas – após selecionar o material a ser analisado procedeu à leitura flutuante de todo o material, com o intuito de conhecer e organizar de forma não estruturada as ideias iniciais. A partir da leitura flutuante das entrevistas, pode-se conhecer o conteúdo e o contexto, fazendo observações. Após diversas leituras do material coletado, obtiveram-se de forma geral ideias e significados das informações coletadas (BARDIN, 2011; MOZZATO; GRZYBOVKI, 2011).

A exploração do material constituiu a segunda fase, que consistiu na definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de análises ou significados). Nessa fase, é realizada a descrição analítica sobre o corpus (qualquer material textual coletado), que deve se submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2011; MOZZATO; GRZYBOVKI, 2011).

Assim, realizou-se análise das informações, conforme orientado pelas questões da pesquisa que necessitavam ser respondidas. Nos recortes selecionados no corpus (sentenças, frases e parágrafos), utilizou-se a análise temática (temas). As unidades temáticas foram descobertas por um processo dinâmico e indutivo nos recortes do texto, subsidiadas pelo modelo teórico de Nola Pender e pelo alcance aos objetivos propostos pela investigação.

Após a seleção dos recortes, foi realizado o agrupamento das informações às categorias apriorísticas. A categorização é compreendida como um processo de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero. As categorias são grandes enunciados que possuem variáveis temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que, por meio da sua análise, exprimem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo, criando novas formas de conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos. O agrupamento das unidades de análise foi alocado nas respectivas categorias após a identificação da repetição de conteúdos comuns à maioria das entrevistas e/ou quando emergiram temas importantes dentro do contexto da investigação, devido à

riqueza e relevância dos relatos para o estudo (CAMPOS, 2004; BARDIN, 2011; MOZZATO; GRZYBOVKI, 2011).

A terceira fase consistiu no tratamento dos resultados, inferindo e interpretando os mesmos. Assim, ocorreu uma condensação das informações, o que possibilitou destacar informações relevantes coletadas durante as entrevistas, culminando com interpretações inferenciais pelo pesquisador (BARDIN, 2011; MOZZATO; GRZYBOVKI, 2011).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Será apresentada a categorização das informações, tendo como referencial de análise o Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a classificação das intervenções de enfermagem em comportamentais, cognitivas e sociais.

5.1 Características

A seguir, serão apresentados os resultados da categoria intitulada “Características: Comportamento Anterior e Fatores Pessoais” referentes aos comportamentos, hábitos e estilos de vida das participantes, com a identificação dos fatores de risco a que as usuárias estão expostas e os fatores pessoais que podem influenciar no processo de adoecimento ou não para o CCU.

Os fatores pessoais são referidos como aqueles com caráter preditivo que influenciam ou não determinados comportamentos adotados pelas usuárias. Os fatores pessoais são divididos em três: biológicos, psicológicos e socioculturais (ALVES, 2010; OLIVEIRA, 2011).

Os fatores culturais, sociais, econômicos são motivos para a não adesão ao exame citopatológico, causando diagnóstico tardio às mulheres e comprometendo as chances de cura (OLIVEIRA et al, 2014).

Dentre os fatores biológicos, a idade pode ser considerada um fator que favorece a prevenção para o CCU, uma vez que as participantes que possuíam idade acima de 46 anos realizaram o exame citopatológico nos últimos três anos. Vale ressaltar que a mortalidade causada por esse tipo de câncer aumenta conforme avança a idade, com pico na faixa etária entre 50 a 60 anos (RIBEIRO, 2012; LAGANÁ et al, 2013).

As mulheres com idade acima de 39 anos iniciaram sua vida sexual entre 17 a 22 anos, enquanto as participantes de 25 a 30 anos a iniciaram entre 12 a 14 anos.

Nessa investigação, prevaleceram mulheres brancas, e todas haviam realizado o Papanicolaou nos últimos dois anos. As mulheres da cor negra ou parda

são identificadas como grupos associados à não realização do Papanicolaou (LUCENA et al, 2011).

Thuler, Bergmann e Casado (2012) sugere a aproximação da dificuldade do acesso aos serviços de saúde para prevenção para o CCU com as raças parda e negra. As mulheres negras/pardas possuem maior risco de morte quando comparadas às brancas para CCU (MEIRA; GAMA; SILVA, 2011).

Em relação aos fatores socioculturais, a religião deve ser entendida como um fator cultural que causa impacto no comportamento sexual, dependendo da representatividade social e/ou contexto estudado, o que pode ser evidenciado no relato abaixo.

“A gente não deve misturar muito, mas eu sou evangélica. Isso me ajuda muito. A gente não deve ter assim vários namorados, vários parceiros, ir com todos pra cama. Que a igreja já tem aquela disciplina, que eles passam pra gente. [...] Outra coisa é valorização da mulher. Tipo assim: tem homem que acha uma mulher, que pode usar e largar ela pra lá. Mas a religião já mostra que a mulher tem seus valores como o homem também tem. Então a gente tem que se valorizar, para o homem poder valorizar. [...] Com esse problema de ter muita doença ultimamente, a gente fica assim, mais com o pé atrás, com medo de avançar o sinal e dar problema. [...] Então é melhor prevenir.” (E1)

No relato apresentado, observa-se a influência da religião no comportamento sexual da participante, pois esta adota a disciplina proposta como sendo uma forma de valorização tanto do homem quanto da mulher.

O risco de serem acometidas por CCU aumenta entre as mulheres que possuem baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico (DUARTE et al, 2011). Em relação à escolaridade das participantes, prevaleceu o ensino médio completo e incompleto. A renda familiar das participantes encontrava-se entre 1 a 2 salários mínimos, favorecendo os dados encontrados na literatura, quando faz associação entre as condições econômicas e aumento das chances de ocorrência do CCU.

A escolaridade é um importante mediador entre as condições socioeconômicas e a percepção da saúde dos indivíduos. Assim, o grau de instrução é a causa principal das desigualdades sociais na saúde, uma vez que os indivíduos que possuem maior escolaridade têm maiores condições de adotar comportamentos e hábitos de vida saudáveis (OLIVEIRA et al, 2014).

Os fatores psicológicos que estão envolvidos na prevenção do CCU podem ser citados como a autoestima, a automotivação, a competência pessoal, a percepção sobre o estado de saúde e a concepção de saúde pelas usuárias (ALVES, 2010). Verificou-se que as usuárias se preocupam em fazer a prevenção para o CCU, cuidar do próprio corpo, fazer a prevenção de IST, adotar comportamentos e hábitos de vida saudáveis, conforme é apresentado nos relatos.

“Tipo assim: é perigoso a parte da AIDS. A gente tem que tomar cuidado por causa da AIDS. Não é só filho que a gente pega, não é só gravidez, pode pegar uma doença, a AIDS, e várias outras doenças.” (E1)

“Ah! Com certeza. Assim, igual estou te falando, a gente acha que não acontece, mas acontece perto da gente. Eu vi uma vizinha minha morrer, por causa de câncer, morreu por não ficar atenta, não se prevenir, não se cuidar. Ela não ia fazer o preventivo, por que ela odiava fazer.” (E3)

“Para prevenir. Todo mundo fala que a gente tem que ir para saber se tá tudo bem. Por causa disso.” (E5)

“Aí eu comecei a me interessar por isso mesmo, para cuidar da minha saúde.” (E7)

“Por que acho necessário. É importante! Fico por dentro do que acontece com meu corpo.” (E8)

A adesão a comportamentos e hábitos de vida saudáveis é uma das estratégias de empoderamento dos indivíduos para a manutenção do seu bem estar e da sua saúde (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012). Portanto, as participantes, ao demonstrarem preocupação em relação à manutenção da sua saúde, cuidado com o próprio corpo e prevenção de IST, sinalizam que elas adotam comportamentos de promoção da saúde que reduzirá a exposição aos fatores de risco.

Considerando comportamentos, hábitos e estilos de vida das mulheres, foram identificados fatores de risco modificáveis aos quais estão expostas, como o tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, número de parceiros, anticoncepcionais hormonais orais, alimentação saudável e uso de preservativos.

Diversos são os fatores para aquisição e/ou desenvolvimento de CCU, podendo destacar os fatores ambientais e biológicos, inclusive os imunológicos (BROWN; WEAVER, 2013; OLIVEIRA et al, 2013).

Dentre os fatores ambientais envolvidos estão os hábitos comportamentais e sexuais não adequados a um estilo de vida saudável, bem como as condições socioeconômicas, como o tabagismo, o consumo de álcool, uso de contraceptivos orais por longo período, multiparidade, início precoce das relações sexuais, idade, estado civil, raça, hábitos higiênicos precários, realização de citologia oncótica, grau de escolaridade, falta de conhecimento a respeito das IST, não adesão a uso de métodos de barreira, idade do primeiro coito, alimentação precária, falta de conhecimento e multiplicidade de parceiros sexuais (OLIVEIRA et al, 2013; SILVA et al, 2013).

Os fatores biológicos são as infecções causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV), HIV/AIDS e outras IST pregressas, que podem colaborar com o desenvolvimento da neoplasia cervical. Ressalta-se a importância das respostas imunológicas, que podem ser alteradas em decorrência das infecções pelo HPV e HIV/AIDS, pela gestação, uso de medicamentos imunossupressores e antiinflamatórios, Diabetes mellitus, tratamentos supressores como quimioterapia e radioterapia, baixa da imunidade em decorrência de carências nutricionais, respostas inflamatória e infecciosa recorrentes. Torna-se necessário enfatizar a existência da predisposição genética, dos fatores traumáticos e hormonais (ALVES et al, 2013; BEACHLER et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2013).

Assim, os fatores de risco para o surgimento e/ou desenvolvimento das lesões cervicais precursoras do câncer cervical devem ser uma preocupação dos enfermeiros durante a consulta. Por ser um momento crucial no rastreamento das lesões precursoras, o enfermeiro precisa orientar as usuárias a fim de reduzir a exposição aos fatores de risco e, caso seja necessário, adotar medidas resolutivas para minimizar a progressão das lesões cervicais identificadas (MELO et al, 2012).

O tabagismo é considerado um fator de risco adicional ao CCU, estando relacionado com a oncogênese cervical, sendo a principal causa dos cânceres de pulmão, laringe, cavidade oral e esôfago. Portanto, os profissionais de saúde deve advertir o uso de cigarro, sendo uma medida de prevenção primária para o câncer cervical (ANJOS et al, 2013; OPAS, 2013). Em relação às participantes, apenas duas eram tabagistas, sendo que uma já havia tentado parar de fumar.

“Sou fumante sim. [...] Olha, eu já parei tá. [...] Eu fiz o tratamento, consegui ficar sem fumar 6 meses. Isso no ano de 2013. Consegui ficar 6 meses, aí não conseguir ficar mais.” (E2)

“Sim. Eu fumo.” (E7)

Evidências apontam o tabagismo como um fator de risco modificável para o câncer cervical, estimando que mulheres tabagistas portadoras de CCU tenham 21% de probabilidade de morrer de CCU em comparação com mulheres não fumantes (OLIVEIRA et al, 2014).

A progressão do câncer cervical pode ser favorecida nas fumantes, sendo o risco aumentado quando inicia precocemente o uso do cigarro, além de ser proporcional ao número de cigarros fumados por dia (THULER; BERGMANN; CASADO, 2012).

Foi questionado às participantes se elas tinham vontade de parar de fumar e elas responderam que tinham o desejo de parar de fumar em decorrência de doença respiratória e internação hospitalar.

“Eu preciso parar de fumar. Não é vontade de parar, é por que eu preciso. [...] Por causa do meu pulmão. [...] Em julho eu tive internada com DPOC.” (E2)

“Sim. Com certeza. Tá fazendo bastante mal, eu até diminuí bastante, dei uma diminuída.” (E7)

Apesar de expressarem o desejo de parar de fumar, não foi explicitado pelas participantes quando isso ocorreria e de que forma aconteceria essa interrupção pela utilização do cigarro, sendo essa condição considerada um comportamento desejável a ser adotado por elas.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, as participantes afirmaram não fazer uso excessivo e nem contínuo. O consumo de álcool é considerado um fator de risco adicional para o câncer cervical (MENDONÇA et al, 2010).

“Socialmente. [...] Seria duas vezes durante a semana no fim de semana.” (E3)

“[...] De vez em quando tomo um vinhozinho, uma cerveja, mas é raro.” (E4)

“Socialmente. [...] No final de semana ou quando tem uma festa, um aniversário. Fora disso, eu não sou muito de beber não [...]. Por semana, uma duas, umas três vezes por semana.” (E7)

Quanto ao número de parceiros sexuais, quatro participantes afirmaram ter tido apenas um parceiro sexual até o momento.

Porém deve ser ressaltado que mulheres que possuem apenas um único parceiro também são consideradas susceptíveis, já que estão expostas da mesma forma a contrair IST e a desenvolver CCU, caso essas não adotem comportamentos sexuais seguros com seus parceiros fixos para evitar a aquisição dessas infecções e comportamentos preventivos para o desenvolvimento de doenças, como o CCU.

“Só um. O meu marido.” (E4)

“Um só, graças a Deus. Meu primeiro e único.” (E5)

“Só um. Só tive um até hoje.” (E6)

“Só meu esposo.” (E10)

Por outro lado, houve relatos de vários parceiros, considerado como um fator de risco devido ao aumento à exposição às IST (ANJOS et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2013). A literatura apresenta a condição de múltiplos parceiros como um fator de risco para à aquisição de IST, porém deve ser considerado o comportamento sexual, o contexto e as circunstâncias dos relacionamentos com esses parceiros, uma vez que as mulheres podem ter se relacionado com diversos parceiros e, se adotaram uma prática sexual segura, não se expuseram às IST.

A atuação dos enfermeiros nas intervenções educativas e assistenciais podem sensibilizar as mulheres a adotarem ou manter comportamentos sexuais seguros, visando à minimização de ocorrência de infecções transmitidas sexualmente (VARGENS; SILVA, 2014).

“Agora só um. Mas já tive muitos.” (E3)

“Atualmente, tenho só dois.” (E7)

O uso de contraceptivo hormonal prolongado foi relatado pelas participantes num período de tempo de 2 a 14 anos. Assim, foram observados nos relatos das participantes que utilizam os anticoncepcionais orais diversos períodos de tempo, sendo esses: menor do que cinco anos, entre cinco anos a dez anos e maior que dez anos.

“Já usei. Que eu lembro que eu usei, mas foi 2 anos. [...] Foi só 2 anos direto.” (E1)

“Ah! Tem tanto tempo que não me lembro muito bem, mais ou menos uns 10 anos.” (E2)

“Não. Usei muito pouco na época. Agora eu não uso mais. Devo ter usando, se foi uns dois anos.” (E4)

“Já tem 11 anos que eu uso.” (E5)

“Já usei antigamente. Mais ou menos por volta dos treze, quatorze anos.” (E9)

“No princípio usei por cinco anos.” (E10)

“Já. Por quatro anos.” (E11)

O tempo de uso do anticoncepcional deve ser considerado como fator de risco para o surgimento e/ou desenvolvimento do câncer cervical, em especial para as mulheres que fazem o seu uso por mais de doze anos de forma contínua (UCHIMURA et al, 2005; ANJOS et al, 2013; ROSAS et al, 2013).

O anticoncepcional hormonal é um fator importante para a etiopatogenia do câncer cervical, especialmente se o uso do contraceptivo iniciar antes do completo desenvolvimento do trato genital feminino, ou seja, antes dos 17 anos (UCHIMURA et al, 2005).

Demonstrou-se que o risco para desenvolvimento de adenocarcinoma *in situ* do colo de útero aumenta para as mulheres que utilizam os anticoncepcionais orais por um longo período de tempo, isto é, maior que 12 anos, e que a utilização desse método pode favorecer o risco de lesão intraepitelial de alto grau em pacientes com HPV, quando o uso é realizado por mais de cinco anos (UCHIMURA et al, 2005).

As mulheres que são portadoras de HPV e que utilizam o anticoncepcional como método contraceptivo entre cinco a nove anos têm probabilidade 2,8 vezes maior de desenvolver câncer cervical quando comparadas àquelas que nunca utilizaram este método (DUARTE et al, 2011).

A alimentação é outro importante fator para o CCU. Uma alimentação pobre em micronutrientes, principalmente em vitamina C, beta caroteno e ácido fólico, são considerados fator de risco para o câncer cervical (ROSAS et al 2013; OLIVEIRA et al, 2014).

As participantes do estudo foram questionadas quanto à alimentação, padrão alimentar, tipo de alimentos que consumiam e se essas consideravam a sua alimentação saudável, visando identificar risco para o CCU.

“Tenho procurado fazer uma alimentação mais saudável possível. Mas de manhã, eu como fruta, banana, mamão [...]. E no almoço sempre procuro comer verdura, feijão, legumes.” (E4)

“Ah! Eu tento comer o máximo de fruta possível, de legumes, verduras, bastante verdura. [...] Tomo café da manhã, almoço. Tomo alguma coisa de tarde, janto, é sempre assim.” (E5)

“Café da manhã: sempre pão com margarina, leite, café. Na hora do almoço, faço bastante variedade de alimentos, verduras. [...] Como arroz, feijão, carne, hortaliças, legumes, frutas, sucos, umas coisas assim. Refrigerantes bastante [risos].” (E11)

“Ah! Eu já comi bastante porcaria. Agora eu não como mais não. Mais almoço e janto mesmo. Eu como direitinho mesmo, arroz, feijão, legumes, uma carne.” (E12)

Os depoimentos demonstraram que as mulheres fazem ingestão de diversos alimentos, como frutas, legumes, verduras, carnes, leguminosas (feijão), arroz e massas. Há evidências de associação entre as ações de nutrientes e o risco para câncer cervical, baseando na ação antioxidante de vitaminas presentes em determinados alimentos (SAMPAIO; ALMEIDA, 2009).

Por outro lado, algumas participantes afirmaram não possuir alimentação saudável, o que é justificado pelo descumprimento de uma rotina diária de refeições, apesar de reconhecer que a alimentação não é saudável.

“Não. Por que, [risos], já sei o que é necessário. Legumes, verduras. E eu como muita besteira. Tem hora que eu troco uma comida por um lanche, sabe? E muita massa que vende pronto no mercado [...]” (E3)

“Uma alimentação saudável. [pensando] Saudável pra mim seria, de manhã cedo tirar um pão e comer uma fruta, 10 horas da manhã comer uma fruta. Só que eu não faço isso, não sou muita adepta a fruta, uma coisa errada em mim, mas eu não sou [...] Mas eu não sou adepta a ficar comendo maçã, pera, essas coisas não [...]” (E2)

“Ah! Não. [...] Tem bastante coisa pesada, gordurosa, bastante fritura. Então eu acho, que eu tinha que dá uma diminuída nisso aí.” (E7)

“Não. Não é saudável. Às vezes, eu como dois, três biscoitos, passo o dia, entendeu? Não tenho fome. Não tenho nada. Às vezes tenho raiva de olhar para comida. Às vezes, o que como diariamente, é maçã. Isso aí eu como muito.” (E9)

A dieta habitual dos brasileiros tem sofrido influências e, na atualidade, é caracterizada por uma combinação de uma dieta dita “tradicional” (baseada no arroz e feijão) com alimentos contendo altos teores de gorduras, sódio, açúcar e baixo teor de micronutrientes, e o consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado (BRASIL, 2013b).

Vale ressaltar que a renda das famílias nem sempre garante uma alimentação mais saudável, pois doces, enlatados, embutidos, carnes com gorduras e refrigerantes são alimentos frequentemente consumidos, independente do poder aquisitivo, estando associados ao aumento de risco do câncer e obesidade. Ao contrário, frutas, vegetais e cereais integrais são alimentos poucos consumidos, e considerados mais saudáveis (VERDE; OLINDA, 2010).

Os carotenóides, como o betacaroteno, encontrado na cenoura, laranja, folhas verdes escuras e vegetais de cor amarela e laranja, a vitamina C, presente nas frutas cítricas (SAMPAIO; ALMEIDA, 2009; ROSAS et al, 2013) e o licopeno, encontrado no tomate, melancia, mamão e goiaba, demonstraram ser agentes de proteção, em especial, nos estágios iniciais do câncer cervical (SAMPAIO; ALMEIDA, 2009).

Alimentação saudável é compreendida como aquela preparada com cuidados de higiene e que oferece todos os nutrientes em quantidades adequadas a cada pessoa, ressaltando que os nutrientes são as proteínas, os carboidratos, as gorduras, as fibras, as vitaminas e os minerais, que favorecem o crescimento, desenvolvimento e a prevenção de doenças. O padrão dietético considerado saudável deve ser acessível a toda população, devendo essa aumentar o consumo de frutas, verduras e cereais integrais nas refeições (BRASIL, 2013b; RECINE; VASCONCELLOS, 2011).

Outro fator considerado pela literatura é o início das relações sexuais, uma vez que a precocidade aumenta as chances de desenvolvimento do CCU bem como as de infecção pelo HPV (RAFAEL; MOURA, 2012; ANJOS et al, 2013; VARGENS; SILVA, 2014).

Há associação do câncer cervical com a atividade sexual das mulheres, com elevada ocorrência em mulheres com múltiplos parceiros sexuais, que iniciaram a atividade sexual precoce e que tiveram muitos filhos (ANJOS et al, 2013).

Na investigação, foi observada associação entre a idade e o início sexual das participantes: as usuárias com idade igual ou superior a 39 anos tiveram o início sexual na faixa etária de 17 a 22 anos, em oposição às usuárias na faixa etária de 25 a 30 anos, que iniciaram sua vida sexual precocemente, entre 12 a 15 anos, sendo considerado um fator de risco considerável. Essa diferença de idade de início sexual das participantes pode ser justificada pelo contexto histórico e cultural da época em que tiveram a primeira relação sexual, bem como os fatores socioeconômicos (BRÊTAS et al, 2011; HUGO et al, 2011).

A iniciação sexual precoce das mulheres está relacionada a fatores culturais e de gênero, enquanto que, para os homens, é exigida a primeira relação sexual precocemente, as mulheres sofrem pressões sociais para se abster de relações sexuais antes do matrimônio (BRÊTAS et al, 2011; HUGO et al, 2011).

O início sexual aos 18 anos de idade é considerado precoce, uma vez que a cérvix ainda não está completamente formada, e os níveis hormonais não estão estabilizados, podendo ocasionar complicações entre as mulheres jovens, que são expostas a agentes biológicos que causam doenças. A precocidade das relações sexuais aumenta o risco para o CCU, uma vez que a zona de transformação do epitélio cervical é mais proliferativa durante a puberdade e adolescência (DUARTE et al, 2011). Assim, essa é mais vulnerável às alterações induzidas por agentes sexualmente transmissíveis, como o HPV (VARGENS; SILVA, 2014).

No Brasil, a primeira relação sexual tem acontecido cada vez mais precocemente. Para o sexo feminino, a idade média é de 15 anos e, para o masculino, é de 14 anos. A iniciação sexual é considerada um comportamento sexual de risco quando está associada à utilização ou não de preservativos. A primeira relação sexual dos jovens é, na maioria das vezes, uma relação casual para descoberta da prática sexual (HUGO et al, 2011).

Os hábitos sexuais começam no início da vida sexual e acompanham os jovens ao longo dela, sugerindo que esse padrão possa persistir por toda a vida. Caso ocorra a primeira relação sexual com utilização de preservativos, há maior probabilidade de manter essa prática sexual. Sabe-se que a iniciação sexual

precoce acarreta não apenas multiplicidade de parceiros, mas também maior probabilidade de contrair as IST e gestações indesejadas (HUGO et al, 2011).

Reforça que os comportamentos e os hábitos sexuais adotados pelas pessoas nas diversas faixas etárias devem ser considerados de risco para à aquisição de IST, caso essas não adotem medidas preventivas, como utilização de preservativos. As participantes do estudo não utilizavam preservativos em todas as relações sexuais, expondo-se às IST.

O conhecimento, atitude e prática das mulheres quanto à utilização do preservativo estão relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças, uma vez que elas podem ser capacitadas para garantir melhor qualidade de vida (SOUSA et al, 2011).

Assim, a confiança no parceiro fixo contribui para a não utilização do preservativo, enquanto que, em relações sexuais casuais, com parceiros desconhecidos, a taxa de utilização do preservativo é maior. A falta de informação sobre o uso correto, “problemas na adaptação (inflamação, ruptura e ajuste impróprio)” e a recusa do parceiro também são obstáculos para a não utilização dos preservativos nas relações sexuais com parceiros fixos (SOUSA et al, 2011, p.149).

Os motivos alegados para a não utilização dos preservativos nas relações sexuais são citados como o não gostar de usá-los, confiar no parceiro e a imprevisibilidade das relações sexuais (HUGO et al, 2011). Nos relatos das participantes do estudo, foram identificados motivos semelhantes.

“Eu não usava. Assim, porque meu marido não gostava de usar e a gente confiava muito um no outro. Com esse segundo marido meu eu fiquei uns 15 anos casada.” (E1)

“Eu não acho necessário. Porque da mesma forma que eu não traio ele, tenho certeza que ele não me trai também [...]. Eu tenho a plena confiança, a convicção de que ele não vive sem mim [...]. Eu mesma não me adaptei ao preservativo.” (E2)

“Agora não uso. Porque não menstruo mais, então não tem risco. [...] Eu acredito que, no meu caso, não menstruo mais não vou engravidar. Mas no caso de prevenção de doença, eu acredito que não, por que eu e meu marido somos só nós dois mesmo. Não tem perigo dele ir fora e trazer doença ou eu levar doença.” (E4)

“Ah! Acho que não é necessário. A gente está sempre se cuidando. Eu me cuido, meu marido também. Então assim, não por que ele é meu parceiro e eu sou parceira dele, não é por esse motivo. Porque

tem outros tipos de coisas que você tem que se prevenir, mas como a gente cuida, eu não uso.” (E6)

Dentre os motivos identificados, destaca-se a confiança no parceiro fixo, a duração do casamento, o fato de o marido ou o casal não gostar ou não adaptar ao uso do preservativo, ausência de menstruação e o fato do casal não reconhecer a necessidade do uso do preservativo.

A maioria das participantes negou queixas ou problemas ginecológicos, mas foram encontrados, em alguns relatos, a dor abdominal, dispaurenia, inflamação no aparelho genital e leucorreias.

“Não. Única coisa que eu reclamo é que to sentindo muita dor na barriga. Aí a médica até me pediu pra eu marcar uma Ultrassonografia pra ver o quê eu tenho. Porque assim. Dói a barriga todinha, tipo uma cólica. Mas é só isso, o resto tá tudo bem [...]” (E1)

“Olha vou ser honesta contigo. Eu tenho um problema sim. Eu tenho uma glândula, chama *glândula de Sebastian*, a minha inflama. Aí a última vez que eu fui na ginecologista, por causa disto, estava bem inflamada. Aí ela falou comigo, que se voltasse, eu teria que operar. [...]” (E2)

“Tipo assim: só depois mesmo que acontece a relação. Aí eu sinto um pouco de dor assim, [mostrou região abdominal]. Só isso.” (E3)

“Tratamento ginecológico. Só mesmo quando venho fazer preventivo. E aí precisa usar aquela pomadinha. Acho que umas duas vezes eu cheguei a fazer. Só mesmo.” (E5)

“É um corrimentozinho, que a enfermeira detectou agora, na hora que eu fiz o preventivo. Mas vamos esperar o resultado, pra ver se pode ser uma [silêncio] [...] Mas mioma eu tenho muito, no útero. É cheio de mioma. Mas também já entrando na menopausa a tendência dele é regredir [...]” (E13)

As mulheres que não apresentam queixas ginecológicas não procuram os serviços de saúde para a realização do exame preventivo para o câncer cervical (SILVA; SILVEIRA; GREGÓRIO, 2012). Apenas duas participantes relataram ter apresentado IST, citadas como corrimento e infecção pelo HPV.

“Corrimento já tive. Eu tratei. Tem muito tempo que eu não tenho.” (E2)

“Eu já tive. Já tive HPV quando mais nova, mas aí fiz tratamento. Eu não sei se o vírus sai não, mas não tenho mais nada não.” (E12)

As IST é um dos importantes agravos de saúde pública (SOUSA et al, 2011), devendo-se enfatizar que o HPV está presente em 95% dos casos de câncer cervical, representando um fator importante no desenvolvimento de CCU (RIBEIRO et al, 2013).

A enfermagem brasileira tem demonstrado grande preocupação para o câncer e para as doenças transmitidas sexualmente, por constituírem agravos à saúde que podem ser evitados por meio de ações de saúde pública (VARGENS; SILVA, 2014). Dentre as ações a serem implementadas, as práticas educativas realizadas pela enfermagem visam a hábitos de vida saudáveis e à prevenção de agravos.

Sabe-se que o tratamento para o câncer cervical é efetivo quando detectado na fase inicial, antes do aparecimento dos sintomas. Isso justifica a importância de medidas de rastreamento e detecção precoce para esse tipo de câncer a ser realizada ainda na fase das lesões precursoras. A medida mais utilizada no país para diagnosticar é o exame citopatológico, que consiste em uma tecnologia de baixo custo para o SUS (RODRIGUES et al, 2012).

Portanto, foi perguntado às usuárias acerca da realização e periodicidade do exame citopatológico. A maioria das participantes relatou realizar o exame anualmente com as enfermeiras das UAPS, exceto três não fizeram exame no ano anterior. No entanto, afirmaram que fazem uma vez ao ano.

“Eu faço. O ano passado eu não fiz não. Eu tive tanto problema o ano passado, que eu acabei desconcentrando essa parte. [...] Normalmente, eu faço uma vez ao ano, todo ano eu faço. O ano passado é que eu acho que esqueci.” (E2)

“Faço. Então, esse agora tem dois anos que eu não faço. Mas todo ano eu procuro fazer. Todo ano.” (E3)

“Já fiz. Fazia todo ano. Mas tem 05 anos que eu não fazia.” (E14)

As diretrizes brasileiras do rastreamento do CCU consistem na repetição do Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados em um intervalo de um ano. Apesar das recomendações, a prática comum é o exame anual (BRASIL, 2013a).

“Faço. Todo ano. Uma vez por ano.” (E5)

“Regularmente. Todo ano.” (E7)

“Sempre faço. Todo ano. Todo ano eu faço essa época. Eu faço.” (E8)

“Faço. Uma vez por ano só.” (E11)

“Uma vez ao ano.” (E12)

O rastreamento para o CCU deve seguir as recomendações do MS, para alcançar as metas de um programa organizado por meio de um conjunto de ações programadas, com população e periodicidade definidas. No entanto, há uma predominância em países como o Brasil de se realizar controles não relacionados com as normas estabelecidas e, sim, com a procura ocasional dos serviços de saúde, determinada por diversos motivos que não os critérios estabelecidos pelo MS (VALE et al, 2010).

O rastreamento oportunístico não tem sido eficiente para reduzir as taxas de incidência e mortalidade do CCU, pois a taxa de cobertura está abaixo de 80%, o que é recomendado pela OMS (LAGANÁ et al, 2013).

Os motivos para o começo do rastreamento pelo Papanicolaou pelas participantes foram a menarca, tratamento medicamentoso, início das relações sexuais após o casamento e a orientação de familiares (mãe).

“Já tem muitos anos. Eu comecei a fazer desde quando eu comecei a fazer tratamento com Parlodel. Eu já comecei a fazer o preventivo desde os 20 anos, mais ou menos, que eu já faço preventivo.” (E2)

“Assim que eu tive o meu filho mais velho. Porque antes eu nunca pensei em fazer. Aí fui pegando, vendo que tem que fazer e vinha fazer.” (E3)

“Ah! Desde quando eu comecei a ter meus filhos. Eu comecei a fazer o preventivo, porque achei necessário, porque o corpo da gente muda. Aí! Eu faço todo ano.” (E6)

“Ah! Desde os meus quinze anos, 16 anos. Sempre me preocupei. Minha mãe sempre conversou comigo sobre essas coisas. Eu sempre me preocupei com isso.” (E7)

“Com 17 anos. Foi a primeira vez que eu fui. Por que eu tinha problema de muita cólica quando ficava menstruada. Mas assim, não teve aquele corrimento. [...] Com 17 anos foi a primeira vez que eu fiz na minha vida.” (E10)

“Só comecei a fazer depois que eu casei com 29 anos. Antes eu nunca tinha feito. Nem preventivo. (E11)

“Assim! Assim que eu fiquei menstruada, eu comecei a fazer o preventivo.” (E12)

O principal período para a realização do Papanicolaou foi após o término das gestações, pois elas começaram a se preocupar com sua saúde, em especial com a ginecológica, adotando como comportamento preventivo a realização do exame citopatológico. As usuárias reconhecem o CCU como uma doença perigosa e silenciosa que deve ser tratada precocemente.

Os motivos que estimularam as usuárias a continuar realizando o Papanicolaou foram as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde, a divulgação na televisão (propaganda), o incentivo de familiares, a prevenção de doenças, o medo e o cuidado com o corpo.

“Ah! Porque eu acho que pode ter algum problema. E a gente fazendo os exames, se tiver algum problema dá tempo de tratar já no início. Isso que eu imagino. Se deixar passar acho que piora a situação.” (E1)

“Por que é uma doença silenciosa. Quando você vê, quando você espera que não tem nada. Eu tenho que fazer,entendeu? Aconselho qualquer uma a fazer. Aí eu fico sabendo se eu estou bem, se eu não tenho nada. Porque eu conheço gente, que morou perto da minha casa, que não sentia nada e teve problema, teve câncer.” (E3)

“Foi mesmo por causa de orientação que a gente recebe para isso. Geralmente no posto, anúncio que faz na televisão. Então eu tenho que ver isso. Aí comecei a cuidar. Mesmo porque eu descobri o câncer de mama por causa disso, de ano em ano eu fazia. De um ano pro outro ele deu.” (E4)

“Por que minha mãe começou a me incentivar quando ela descobriu que eu comecei a ter relação. Ela sempre me levou no ginecologista pra saber, para saber das coisas.” (E7)

“Faço por rotina mesmo. É pra prevenir mesmo. Porque a gente tem medo. Porque do jeito que tá aí a gente tem medo.” (E10)

Conclui-se que fatores biológicos, socioculturais e psicológicos encontrados exercem influências nos comportamentos, estilos e hábitos de vida adotados pelas usuárias. Os fatores biológicos como a idade e a raça, fatores socioculturais como a religião e a escolaridade, e os psicológicos como a preocupação em fazer a prevenção para o CCU, prevenção de IST (percepção sobre o estado de saúde e concepção de saúde) e o cuidado com o próprio corpo (competência pessoal) são fatores que beneficiam as mulheres para a adoção de comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis para a prevenção do CCU.

Ressaltam-se os fatores que podem favorecer o surgimento e/ou desenvolvimento do CCU, uma vez que a maioria desses são modificáveis, como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, multiplicidade de parceiros, uso de anticoncepcionais hormonais orais por tempo prolongado, não utilização de preservativos nas relações sexuais. Também foram encontrados fatores protetores relatados pelas usuárias para o CCU: reconhecimento da necessidade de parar de fumar, conhecimento e adoção de uma alimentação saudável, realização periódica do exame Papanicolaou e reconhecimento do CCU como doença silenciosa e perigosa.

5.2 Comportamento Específico

Nessa categoria, intitulada “Comportamento Específico”, serão apresentados os resultados em relação às percepções e sentimentos sobre o comportamento adotados para promoção da saúde, os benefícios e as barreiras dessa ação e as influências interpessoais e situacionais que favorecem ou não a adoção de comportamento de prevenção e promoção da saúde pelas usuárias em relação ao CCU.

O acesso à prevenção do CCU é um fator que dificulta a realização do exame citopatológico, sendo visto como uma barreira institucional (BECK et al, 2010), o que não foi identificado nesta investigação, pois as participantes alegaram não terem encontrado dificuldades para realizar o agendamento e a realização do exame.

“Aqui no posto é muito bom para isso (atendimento) e as meninas que estão aí, as enfermeiras também [...]. Eu agradeço muito a enfermeira, se não fosse ela também [...].” (E4)

“Sempre quando eu venho para o preventivo não tenho nada a reclamar não. É fácil porque sempre quando eu venho, eu marco, eu faço. Então, não tenho dificuldade nenhuma.” (E6)

“Não. É até rápido aqui marca em um dia, faz no outro. Bem melhor do que no bairro onde eu morava. [...] Não tenho dificuldade nenhuma não.” (E7)

“Marquei com a enfermeira e já fiz. Faço a prevenção. Dá para fazer, não tenho dificuldade nenhuma não. [...]” (E9)

O estabelecimento de vínculo entre usuário e o profissional de enfermagem é garantido pelo bom atendimento e desempenho profissional, proporcionado desde a recepção, o afeto, a aceitação e a confiança (BECK et al, 2010).

O vínculo estabelecido e o reconhecimento profissional do enfermeiro pelas usuárias proporciona a confiança nos profissionais de enfermagem na APS, além da sua valorização (BECK et al, 2010).

Percebeu-se que as enfermeiras adotam condutas que favorecem a interação com as usuárias, podendo citar o acolhimento, o vínculo estabelecido e o diálogo mantido durante o procedimento que resulta em confiança e segurança nas profissionais, na perda da vergonha e medo. Durante o exame, as enfermeiras

adotam cuidados que minimizam o incômodo, como a oferta de esclarecimentos, delicadeza na realização do Papanicolaou e preocupação com o conforto das usuárias.

“As meninas (enfermeiras) te deixam a vontade. Eu nem fico inibida com elas não. São cuidadosas, dedicadas, muito educação. [...] Pergunto para enfermeira, sobre como que era? Como que era a lâmina que leva? Aí ela me mostrou, me explicou tudo.” (E4)

“É tranquilo. Tranquilo. A gente chega lá. A recepção delas é muito boa, elas tem cuidado. Nós conversamos, elas perguntam. [...] Primeiro elas fazem as perguntas tudo e depois faz o exame.” (E6)

“Com a enfermeira é até muito sossegada. Por isso que gosto de fazer com ela [...] Ela já sabe o jeito que eu gosto. Sabe lidar comigo. Eu tenho um problema sério de posição [...]. Aí ela sabe fazer. Aí eu prefiro fazer com ela. Ela me entende direitinho.” (E8)

“Foi bom. Fiquei meio assim. A gente às vezes tem uma certa, um certo preconceito em questão do SUS. A gente acha que o atendimento de repente por ser do governo, ser público, de repente vai ser ruim, mas eu adorei. Me senti muito à vontade para estar fazendo o exame com ela (enfermeira). Ela me deixou muito à vontade.” (E11)

Assim, os enfermeiros estabelecem junto às usuárias uma relação de confiança, compromisso e ética, a fim de favorecer uma assistência integral (MENDONÇA et al, 2011).

As participantes alegaram que as campanhas que são realizadas na UAPS favorecem a realização do exame preventivo, uma vez que não podem participar das consultas de enfermagem no horário normal de funcionamento da unidade em decorrência do trabalho e falta de tempo.

“Eu ouço falar das campanhas. Eu me informo sobre as campanhas, com as meninas que marcam (técnico em enfermagem), com as enfermeiras, com as agentes.[...] O fato delas (enfermeiras) estarem sempre incentivando, sempre ouvindo falar, sempre venho nas campanhas.” (E4)

Uma das ações adotadas pelas equipes da ESF são as “campanhas”, os “mutirões” ou a intensificação da realização da coleta citopatológica em dias não habituais, como nos sábados, além da disponibilização de atendimento após horário de funcionamento da unidade, como no período noturno. Percebe-se que as “campanhas” são consideradas uma importante estratégia assistencial, na qual a

enfermagem está integrada, realizando o agendamento, o recrutamento e a busca ativa das usuárias, com envolvimento da comunidade. As falas das participantes apresentam a importância da campanha:

“Tem as campanhas. [...] Então eu estou sempre a par. [...] Então tá sempre me orientando. E às vezes eu mesmo procuro saber. Mas elas fazem sempre campanhas. As meninas (enfermeiras), sempre foi maravilhoso, eu não tenho nada a queixar delas não.” (E4)

“Igual quando eles fizeram a campanha aí. Uma semana, eles fizeram de noite, eles comunicaram a gente. Porque às vezes não dá pra você fazer, tem que faltar ao serviço ou então marcar um horário de manhã e tudo. Aí a noite, teve uma época aqui que eles foram avisando todo mundo, que teria essa prevenção. Porque é até mais fácil pra quem trabalha. Aí à noite fica mais fácil.” (E5)

A intensificação da coleta do esfregaço cervical objetiva aumentar a cobertura da população alvo, sendo essa uma estratégia assistencial efetiva, que demanda planejamento e organização pela equipe da ESF, pois há um número significativo de mulheres que o programa de rastreamento não consegue alcançar devido à falta de tempo e ao horário de trabalho.

O enfermeiro necessita conhecer a realidade na qual as usuárias estão inseridas, a fim de oportunizar cuidados com o objetivo de proporcionar maior cobertura e adesão ao exame (FERREIRA, 2009).

Dentre os motivos alegados por algumas mulheres para a não realização do exame citopatológico encontra-se o acesso a unidades de saúde que realiza o exame, dificuldade de agendamento e o funcionamento das unidades em horário de trabalho. Outras situações encontradas é a falta de material para realização do exame preventivo para o CCU, a sobrecarga de funções e a falta de tempo dos enfermeiros do serviço (MELO et al, 2012).

“Aqui (UAPS) a gente tem dificuldade na marcação. Isso é um problema seríssimo. Portanto o ano passado eu já não fiz aqui. Hoje eu fiz porque minha filha marcou pra mim. Sempre que a gente vem a gente não consegue.” (E8)

“A única dificuldade é que você tem que levantar muito cedo pra conseguir marcar. Até mesmo o preventivo. Você tem que chegar lá, sete horas da manhã, costuma ter uma ou duas vagas só. A dificuldade é essa.” (E13)

Os relatos das participantes também reforçam outras pesquisas em relação às barreiras pessoais para a realização do exame preventivo como dor, constrangimento, vergonha e medo, estando relacionada às questões de gênero, sexualidade e de comportamento sexuais das usuárias.

“Depois de 4 anos que fiquei viúva tá com um pouco de dificuldade. Parece que a gente se fecha né? Passa a sentir até dor no exame. Às vezes até sangra um pouco. [...] Mas continuo fazendo. Mesmo achando mais difícil agora.” (E1)

“[...] Por que me incomoda muito. O preventivo me incomoda muito. Como eu já fiz menopausa eu tenho certa dificuldade. Assim como me incomoda eu fico mais retraída. Às vezes elas (enfermeiras) estão falando, não presto atenção. Está me incomodando ali. Aí eu desligo um pouco a mente pra conseguir relaxar e deixar fazer o preventivo.” (E2)

“Muita vergonha [risos]. A gente morre de vergonha. Acho que é só isso mesmo. Tirando a vergonha acho que dá tudo certo. [...] Mas é muita vergonha pra fazer. Mas tem que fazer.” (E5)

As percepções das mulheres quanto à prevenção do CCU estão relacionadas principalmente com a realização ou não da coleta da lâmina. Torna-se necessário dar atenção às percepções, conhecimentos e sentimentos das usuárias, a fim de planejar e orientar os serviços de saúde para as ações de prevenção e promoção da saúde. Assim, as participantes expressaram suas percepções e sentimentos acerca da prevenção.

“Ah! Eu acho que é para prevenir a própria saúde. Quando fala de saúde qualquer prevenção é válida. Porque hoje eu estou bem. Mas amanhã eu não sei se vou tá. A doença não marca nem hora e nem dia de chegar. [...] Então a gente tem sempre que tá prevenindo.” (E6)

“A não ser o motivo de cuidar mesmo da própria saúde. Ser consciente de que você tem que se cuidar. Esse é o motivo que eu faço.” (E13)

As participantes também apresentaram preocupação com o cuidado com a sua saúde e com a prevenção de doenças.

“Acho que sim. Porque toda mulher deve fazer. Porque o câncer ele não tá, ele não vem escrito na testa. Você vai ter câncer, entendeu? Então é uma coisa que todo mundo, toda mulher tem que fazer. [...]”

É uma doença muito ingrata. Algumas vezes ela mata muito rápido.[...] Então é uma coisa que a gente tem que ver mesmo e prevenir.” (E2)

“Ah! Eu tenho que fazer. Porque essas doenças, câncer está aí, assustando todo mundo. Para cuidar da saúde mesmo, prevenir, está sempre vigilante com a saúde.” (E11)

As usuárias alegam que a melhor forma de evitar o adoecimento é a prevenção, mostrando que conhecem a necessidade de realizar o exame citopatológico, o exame clínico das mamas até mesmo a mamografia, e que é mais fácil realizar o tratamento no início da doença do que em estágio avançado.

“O motivo que eu acho é que a gente tem que correr antes que apareça. E caso aparecer, há muitos casos que tem a cura. Dentro de um ano pro outro. Caso apareça e pode aparecer. Mas aí tem a cura. Assim que eu penso. Esse é o motivo para tá fazendo a prevenção. Porque tem que fazer pelo menos uma vez por ano é a mamografia e o exame do colo do útero.” (E9)

As influências interpessoais são compreendidas como um comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde ou por normas e modelos sociais; já as influências situacionais são como fatores que facilitam ou dificultam o comportamento de saúde (ALVES, 2010; NASCIMENTO, 2011).

Assim, as razões que influenciaram as usuárias a adotarem medidas de prevenção e de promoção à sua saúde, ou seja, realizar o exame citopatológico com as enfermeiras na APS são referidas como a influência da família e de algum profissional da saúde, histórico familiar de câncer na família, o fato de ter tido algum tipo de câncer ou doença e o cuidado com a saúde, conforme é apresentado a seguir nos relatos das participantes.

“Na minha família, a minha irmã diz que já teve tia que teve câncer, câncer no útero, outras já tiveram câncer na mama. É por isso que eu gosto de fazer, eu até peço pra fazer o exame da mama, todo ano também, eu gosto de fazer.” (E1)

“Eu tenho uma tia que morreu. Descobriu o câncer e morreu dentro de 20 dias. Era câncer de esôfago. A outra tia teve câncer de útero. Mas não morreu por causa do câncer de útero. Ela viveu muitos anos ainda. Porque ela teve de esôfago, pulmão. Aí foi quando ela morreu [...]” (E2)

“Tenho. Porque já tive câncer de mama e minha mãe tem câncer no intestino. Tá fazendo cirurgia. Então tem que tá olhando. Prevenção é o melhor remédio. Por isso que quando descobri o câncer de mama, o médico disse que eu tirei na loteira. Porque ele tava bem no início, então tem muita mais chance de cura. Então eu não descuido disso não. Eu sempre cuidei desde 40 e poucos anos. Estou sempre de olho.” (E4)

“Eu acho por eu ter tido HPV. Já é um motivo. Porque ele pode evoluir para um câncer. Acho que é mais isso.” (E12)

“Não. Porque onde eu faço tratamento, a médica, a assistente social tão sempre me pedindo para que eu faça. Porque até mesmo por eu ser diabética. Então elas acham que é necessário.” (E14)

Os relatos das participantes possibilitam reforçar os motivos encontrados na literatura para a realização do exame citopatológico, ressaltando a importância do adoecimento das usuárias ou de alguém próximo a elas, a influência da família e dos profissionais de saúde.

Verificou-se que os benefícios encontrados para a realização da prevenção do CCU foram o acesso ao serviço, com facilidade de agendamento e realização do Papanicolaou, a interação entre as enfermeiras e as usuárias, garantida pelo acolhimento, vínculo e diálogo, e a realização de campanhas de intensificação de do exame citopatológico nas UAPS. Entre as barreiras, duas participantes relataram ter dificuldade para agendamento e realização do exame. Foram identificadas as barreiras pessoais como dor, constrangimento, vergonha e medo. As percepções das usuárias referiam-se à realização ou não do exame citopatológico, à prevenção para o CCU e câncer de mama, ao cuidado com a própria saúde e ao reconhecimento de que é melhor prevenir do que realizar tratamento para o câncer. As mulheres alegaram que são influenciadas por familiares e por profissionais da saúde, pelo histórico familiar de câncer, por terem tido algum câncer ou alguma doença e pela necessidade de cuidar da saúde.

5.3 Resultado do Comportamento e Experiências Individuais

Nessa categoria, foram identificados os “resultados dos comportamentos e experiências individuais”, que abrangem o compromisso de adotar ou manter o comportamento de saúde, que é dependente das mudanças imediatas e preferências pessoais.

Os comportamentos considerados protetores de saúde mantêm as usuárias com a menor probabilidade de surgimento e/ou desenvolvimento de CCU, em oposição aos fatores de risco encontrados, sendo esses em sua maioria modificáveis. Assim, torna-se necessário rever tais comportamentos, hábitos e o estilo de vida, a fim de torná-los mais saudáveis.

A saúde das pessoas está relacionada ao estilo de vida. Quando é adotado um estilo de vida saudável, esse favorece o bem-estar das pessoas, em contrapartida, quando se adota um estilo de vida associado a fatores de risco, esse tende a contribuir para a presença de doenças (GAMARRA SANCHEZ et al, 2010).

Os fatores comportamentais são passíveis de serem modificados pelas usuárias (OLIVEIRA et al, 2014). Nos relatos, identificou-se a necessidade de adotar comportamentos e hábitos de vida saudáveis.

A adoção de comportamentos saudáveis é iniciada quando o indivíduo está comprometido com a ação promotora de saúde; em oposição, estão as exigências e preferências individuais que se contrapõem a essa ação, como o trabalho, a responsabilidade com a família, as barreiras pessoais e institucionais (ALVES, 2010; MELO et al, 2012).

Os comportamentos relatados pelas usuárias, após a participação das atividades nas UAPS, consistiram no desejo de parar de fumar, adoção de uma alimentação saudável, prática de exercícios físicos, cuidado com a saúde, reconhecimento da necessidade de utilização do preservativo, a prevenção de IST e doenças, como o câncer.

“O que eu preciso realmente é parar de fumar. Isso aí sim. Tanto que vou tentar. Mas em relação ao câncer de colo de útero, com relação essas coisas assim, tem muita coisa que eu possa mudar nas minhas atividades [...]” (E2)

“Foi a questão de exercícios físicos né. Que eu não estava fazendo e procurar cuidar mais da alimentação e tomar bastante líquido. As orientações que eu recebo aqui me fizeram mudar de atitude nessa questão. Eu melhorei muito nisso. [...] As orientações sempre recebi nas consultas. Às vezes palestras e enquanto estava na sala de espera. Mas sempre falam a respeito de hábitos alimentares, de vícios, de doenças.” (E4)

Baseando-se no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, é explicitado que as ações de promoção de saúde possuem processos biopsicossociais complexos que motivam as pessoas a se comprometerem com as condutas direcionadas a melhoria ou manutenção da sua saúde (ALVES, 2010).

Assim, quando as participantes reconhecem que há uma necessidade em se adotar comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis, após terem participado das atividades realizadas na UAPS pelas enfermeiras, percebe-se o resultado positivo dessas ações.

As participantes se preocupam em adotar rotinas e comportamentos visando à manutenção da sua saúde.

“Assim. Vim ao posto, pra fazer exame. Às vezes eu não sinto nada, mas peço pra fazer exames de sangue, urina, tudo. [...] É mais pra cuidar da saúde mesmo. Aí foi através delas (enfermeiras) pra eu tomar essa atitude.” (E3)

“Eu nunca fui muito de cuidar da minha saúde. Agora estou dando mais importância pra isso. Eu recebi muitas orientações. Eu conversava bastante com as enfermeiras. Ia consultar. Aí elas falavam, tem que cuidar mais da saúde.” (E7)

As usuárias reconhecem que a melhor forma de se prevenir o processo de adoecimento é através da prevenção de doenças adotando comportamentos e hábitos saudáveis.

“Então é melhor prevenir. Por que você não sabe quem é sincero e quem não é. [...] Sempre fui orientada. Só nessa área aí que a gente tem que prevenir pra evitar doença. Aí nessa área aí eu mudei bastante.” (E1)

Quando as participantes tornam-se capazes de promoverem a sua saúde e começam a buscar possibilidades, elas podem alcançar os resultados promotores de saúde previstos no Modelo de Promoção de Saúde.

As participantes distinguem a necessidade de uso do preservativo nas relações sexuais, como uma medida preventiva das IST, apesar de não ser um hábito sexual adotado, conforme foi constatado nessa investigação.

“Mudar na prevenção. Tocar de novo no assunto da camisinha. Eu só lembro da camisinha toda vez que eu venho fazer preventivo. Por que eu lembro que tem as DST, que a gente meio que esquece. A tipo assim: eu sou casada não preciso me preocupar. Aí quando eu venho aqui eu lembro que eu preciso me preocupar sim. Que eu tô correndo o risco sim.” (E5)

“A prevenção de usar o preservativo pra evitar coisas piores. Isso aí que abriu minha mente também. Nas palestras que eles falam, mostrando as doenças que causam quando não se usa o preservativo [...]” (E14)

Quando as participantes reconhecem que a não utilização do preservativo é um comportamento sexual de risco, podendo ser expostas as IST, isso sinaliza que há uma necessidade de mudança de conduta, pois aumenta a probabilidade de aquisição e/ou surgimento de doenças.

Outra mudança de comportamento associado à prevenção do CCU se refere à integralização da mamografia, na rotina das usuárias.

“Mudei. Porque tem aquele compromisso de fazer o preventivo e a mamografia.” (E9)

“No caso da mamografia eu fiquei mais atenta. Porque eu só fazia mais o preventivo. Eu não mexia muito com mamografia. Então depois que a E. (enfermeira) conversou comigo, agora todo ano eu faço [...]” (E10)

Posto isso, percebe-se a relevância do papel do enfermeiro nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na APS, no que refere à adoção de comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis, uma vez que esses profissionais exercem influências sob as condutas promotoras de saúde a serem adotadas pelas usuárias. Dentre elas, pode-se citar: a necessidade de uma alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, o desejo de parar de fumar, o reconhecimento da necessidade de utilização dos preservativos nas relações sexuais, a realização do exame citopatológico e da mamografia para prevenção de doenças.

A forma lógica da operacionalização do Modelo de Promoção de Saúde proposto por Nola Pender induz a construção de conhecimentos sobre a conduta de saúde a ser alcançada pelas pessoas, possibilitando a compreensão das dificuldades, das facilidades e as percepções em relação a comportamentos de saúde a serem adotados por mulheres em relação ao CCU sob influência das intervenções de enfermagem na APS.

5.4 A Enfermagem na Prevenção do Câncer de Colo de Útero: Intervenções comportamentais, cognitivas e sociais

A APS é um espaço de desenvolvimento de ações de promoção da saúde, sendo propício à investigação dos fatores condicionantes de saúde que prejudicam a qualidade de vida da mulher (OLIVEIRA et al, 2014).

Considerando-se a PNAB que preconiza a promoção da saúde para as pessoas que buscam a APS, a consulta de enfermagem é uma atividade que não deve investigar apenas queixas ginecológicas e a prevenção do CCU, mas deve dar enfoque na avaliação da saúde das mulheres e promover mudanças para adotar comportamentos saudáveis. Assim, os enfermeiros devem estimular a promoção de hábitos saudáveis e a prevenção de doenças, através de ações educativas e assistenciais, aproveitando possibilidades de intervenção diante da realidade observada (OLIVEIRA et al, 2014).

Essa categoria traz as intervenções realizadas por enfermeiros na APS para prevenção do CCU, sendo identificadas como comportamentais, cognitivas e sociais, e a influência delas em mudar comportamento, estilo e hábitos de vida das usuárias.

As intervenções comportamentais realizadas pelos enfermeiros são relacionadas aos estímulos oferecidos às usuárias para que adotem medidas de prevenção e de promoção da saúde.

Para Vasconcelos et al (2011), as intervenções comportamentais utilizam como estratégias os lembretes, cartas, telefonemas e cartazes, que mostraram ser eficazes, aumentando a adesão à realização do Papanicolaou ou elevando o número de retornos das usuárias com resultados alterados. Há também um incremento na cobertura de mulheres na faixa etária recomendada pelo MS. Tais intervenções partem do pressuposto de que as mulheres necessitam apenas de um estímulo (lembrete) para adotar uma conduta que promova a sua saúde.

Ao questionar as participantes se elas haviam recebido algum telefonema, carta, bilhete ou recado dos enfermeiros para realizar a prevenção do CCU, elas afirmaram que haviam sido convidadas apenas para “campanhas”, quando acontecia a intensificação para coleta de esfregaço cervical, mas não para o exame de rotina.

“Já. Igual quando eles fizeram a campanha aí. Uma semana eles fizeram de noite. Eles comunicaram a gente. (E5)

“Ah! Já recebi. Quando tem a campanha.” (E9)

“Já. Esse ano teve a campanha aqui [...]” (E11)

O enfermeiro é o responsável pelo planejamento e organização dos cuidados a serem prestados, devendo possuir dispositivos capazes de favorecer a prevenção e a promoção da saúde. Exerce papel fundamental na equipe da ESF e suas condutas podem ser um fator determinante na assistência prestada, devendo desenvolver estratégias que favoreça uma maior cobertura do exame preventivo para o câncer cervical (PAULA et al, 2012).

As participantes relataram que os ACS comunicavam a respeito do exame. De acordo com a PNAB (BRASIL, 2012, p. 46), o enfermeiro deve “planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe”, e, assim, quando o ACS está desenvolvendo seu trabalho junto à comunidade, subentende-se que os enfermeiros também estejam atuando indiretamente, uma vez que são responsáveis por esses profissionais.

“De enfermeiro não. A agente de saúde que tá sempre me perguntando. Se eu fiz, se eu já fiz? [...] Aí chamei ela e disse que eu não tinha feito. Aí ela marcou pra mim.” (E2)

“Que eu lembre não. Eu mesma venho. Eu mesmo procuro. Elas me avisando que tem que fazer, não. Ah! Não sei, através de televisão, que passam aquelas propagandas.” (E10)

“Sempre quando tinha. A agente de saúde ia na minha casa.” (E14)

Vasconcelos et al (2011) afirma que qualquer dispositivo que apenas lembre ou estimule o usuário a adotar medidas de prevenção e promoção de saúde é considerado uma intervenção comportamental. Portanto, uma estratégia que pode ser utilizada na APS, como lembrete, é a fixação de cartazes. Por meio da fixação de cartazes na UAPS, com o objetivo de informar ou lembrar sobre a realização do preventivo, o enfermeiro estará atuando na prevenção do câncer cervical.

“[...] Mas já vi cartaz que falava sobre os cuidados que a gente tem que ter. Que tem que prevenir. Tem sempre que fazer o exame preventivo. A gente está a par do problema. [...] Para fazer o preventivo e para poder a gente ficar sabendo se está tudo bem com

o útero. Se não tem nada. Se não tem doença nenhuma, essas coisas assim.” (E1)

“Já. Quando teve o mutirão. Aí eu vi um cartaz. Eu que vi um cartaz que ia ter mutirão aqui no posto.” (E3)

“[...] mas sempre que tem campanha as meninas (enfermeiras) põem cartazes nas paredes, sempre tem algum [...] Quando elas fazem campanhas.” (E4)

“Já. Cartaz sempre quando faz mutirão. Isso aí, já vi sim [...]” (E6)

Também foi perguntado às participantes qual era o conteúdo dos cartazes afixados nas UAPS direcionados ao CCU. Informaram que fazia abordagem sobre a prevenção do câncer cervical e a importância da realização do exame citopatológico.

“Os cartazes especificavam bem a realidade sobre o câncer de útero, especificava tudo. Sobre preventivo tinha muitos cartazes. [...] Mas sempre tinha os cartazes sempre estavam.” (E2)

“Ah! Falava da importância que tem em vim fazer todo ano, pra prevenir.” (E12)

A busca ativa realizada pelos ACS ou através dos convites/lembretes às usuárias deve ser realizada visando à ampliação da cobertura na realização do exame citopatológico às mulheres que habitualmente não procuram esse tipo de assistência nas UAPS.

No estudo realizado por Vasconcelos et al (2011), as autoras revelam que as intervenções comportamentais mais eficazes foram as que utilizaram como estratégia os lembretes (cartas ou telefonemas), a realização do exame citopatológico e a utilização de protocolos de seguimento.

As estratégias utilizadas com o intuito de fornecer informações a respeito da prevenção do CCU e esclarecer possíveis conceitos errôneos são denominadas de intervenções cognitivas (VASCONCELOS et al, 2011).

A educação em saúde representa uma importante estratégia para mudar comportamentos e manter a saúde das pessoas. Constitui-se uma prática social a ser desenvolvida para formar consciência crítica nas pessoas, tornando-as mais reflexivas sobre os seus problemas de saúde. Portanto, as estratégias educativas realizadas pelos enfermeiros são recursos valiosos para atender as demandas de

saúde da população, favorecendo a aplicação do conhecimento científico na vida das pessoas (RODRIGUES et al, 2012).

Aliado a essa prática, os enfermeiros possuem o conhecimento sobre os fatores condicionantes de saúde de determinada população que é referenciada na unidade de saúde onde trabalham, oferecendo condições à adoção de novos comportamentos, hábitos e estilos de vida (RODRIGUES et al, 2012)

Diversas técnicas e metodologias são utilizadas para realizar educação em saúde, dentre essas pode ser citadas as salas de espera, grupos educativos, palestras, orientações individuais, cartazes explicativos, panfletos e mídias educativas (televisão, rádio, jornais, revistas, *slides*, *entre outras*).

Posto isso, educação em saúde torna-se uma ferramenta para mudança de comportamento das usuárias e gera reflexão nas condutas assistenciais e administrativas nos serviços de saúde, valorizando as ações de prevenção e promoção da saúde. Porém, as atividades educativas devem ser analisadas quanto à sua eficácia a longo prazo, quanto ao impacto causado nos comportamentos, hábitos e estilos de vida das pessoas, o que não foi possível ser realizado nesse estudo.

Para identificar as intervenções cognitivas em relação à prevenção do CCU, foi perguntado às participantes se haviam recebido informações dos enfermeiros ou de outro profissional enquanto aguardavam pelo atendimento.

“Não, assim não. Mas já teve palestra já. Mas assim como prevenir é meio difícil, até hoje eu não sei.” (E3)

“Não, eu não. Isso aí não vi não.” (E5)

“Então, às vezes tem palestra, mas eu em especial não assistir não. Por que não coincidiu o dia que eu estava aqui no dia. Mas já foi feito, eu lembro do câncer de mama, essa eu já peguei. De câncer de útero, eu não lembro. (E4)

“Já. De vez em quando as meninas davam, estilo umas palestras, antes do atendimento mesmo. [...] É. Elas falavam.” (E6)

Apesar de ser uma possibilidade de intervenção pela enfermagem na APS, as atividades educativas na sala de espera não acontecem com frequência nas duas UAPS, onde foram realizadas a investigação, conforme é constatado nos relatos das participantes.

Outra possibilidade para o desenvolvimento de educação em saúde na APS são os grupos educativos. O grupo educativo consiste em um conjunto de pessoas que possuem objetivos específicos, sendo dependentes do vínculo a ser estabelecido entre os integrantes e a trajetória a ser percorrida pelo grupo até o alcance dos objetivos propostos (SOUZA, 2011).

A realização de grupos educativos permite o estabelecimento de vínculos, pois os integrantes se aproximam da realidade dos demais, pois ocorre troca de experiências e suporte aos demais participantes. Os profissionais das equipes de saúde devem oferecer subsídios e recursos para a realização dos grupos, a fim de que os integrantes se tornem capazes de desenvolver responsabilidade e o autocuidado com sua saúde (SOUZA, 2011).

Vargens e Silva (2014) apresentam que, na atenção básica à saúde, a enfermagem possui importante papel como educadora e formadora de hábitos de vida saudáveis, uma vez que esses profissionais estão bem próximos dos usuários nos serviços de saúde.

Deve-se ressaltar que as ações educativas visam à melhoria da saúde dos seus integrantes. Os grupos de educação em saúde são “espaços de comunicação, crescimento e favorecedores da promoção em saúde” (SOUZA, 2011, p.61).

Os profissionais das equipes de saúde devem assumir a coordenação dos grupos, mas para isso necessitam compreender que essa prática educativa implica diretamente nos pensamentos, sentimentos e nas ações dos integrantes, devendo valorizar o saber do outro, pois nos grupos educativos acontece um processo de construção coletiva de conhecimentos. Outra responsabilidade do coordenador no grupo educativo é ser sensível perante as experiências e vivências apresentadas, pois precisa desenvolver nos integrantes possibilidades por meio da motivação e valorização do autocuidado (SOUZA, 2011).

Nesta investigação, procurou-se identificar a participação das usuárias em grupos educativos para prevenção do CCU e IST.

“Já. [...] Todo mês a gente tinha uma reunião, eles explicavam sobre as doenças transmissíveis, os cuidados que a gente tem que ter. [...] Tipo assim: a enfermeira explicava. A enfermeira chefe explicava que se a gente tivesse, seria bom a gente usar preservativo, para poder evitar de engravidar, de pegar doença. Essas coisas assim. A gente teve essa orientação nesse posto.” (E1)

“Já. Já participei aqui mesmo. Quando eu usava anticoncepcional no grupo de direitos sexuais e reprodutivos que as enfermeiras faziam.” (E3)

“Já. Nos Direitos Reprodutivos que fala sobre isso um pouco.” (E5)

“Já. Sobre a prevenção. [...] Como é que fala? [pensando]. Quando eu fui colocar o DIU. Aí eu sempre participava dessas palestras, falava sim. É falava nos Direitos reprodutivos.” (E14)

Percebe-se que o grupo educativo mencionado foi denominado “direitos sexuais e reprodutivos”. A demanda por essa prática educativa é justificada pela obrigatoriedade de participação das usuárias para o acesso aos métodos contraceptivos oferecidos pelo SUS, no município da pesquisa.

Ressalta-se que a demanda por essa prática educativa deveria acontecer de forma espontânea pelos usuários, a fim de se conhecer os meios e métodos de concepção e contracepção disponíveis no SUS, baseado na livre escolha definir qual o método anticonceptivo mais adequado à sua situação.

Conforme é apresentado na lei nº 9263/1996 - Lei do Planejamento Familiar, em seu 3º artigo, “o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde” visando ao desenvolvimento de atividades básicas, dentre essas: assistência à concepção e contracepção, controle de doenças sexualmente transmissíveis, o controle e a prevenção do CCU. No artigo 4º da referida lei, as atividades básicas devem ser orientadas por meio de “ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade” (BRASIL, 1996).

Os direitos sexuais e reprodutivos se tornaram prioridade uma vez que objetiva a saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres. Essa prática educativa é bastante utilizada na APS, como um dispositivo eficaz na divulgação de métodos conceptivos e contraceptivos, na prevenção de IST e doenças vinculadas ao sexo, como o câncer cervical (MARQUES; PEREIRA, 2011).

Esses são reconhecidos como direitos humanos pelo governo brasileiro no que concerne aos direitos sociais e econômicos de homens e mulheres. Visando à garantia e à promoção desses direitos, inúmeras são as propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde, desde a elaboração e distribuição de manuais técnicos a

cartilhas educativas sobre reprodução e sexualidade, como a oferta de métodos de concepção ou contracepção pelo SUS (MARQUES; PEREIRA, 2011).

Ao realizar os grupos educativos, os enfermeiros precisam ter mecanismos de envolvimento das usuárias a fim de sensibilizá-las para as mudanças de comportamentos e hábitos de vida. O serviço de saúde deve fornecer informações, acolhimento, atendimento e condições para que a mulher saiba se proteger e não ficar exposta às doenças, tornando-se um sujeito ativo neste processo e não apenas obrigá-las a participar de uma prática educativa como uma condição para obtenção do método contraceptivo.

A participação de grupo educativo específico para IST tem como foco a prevenção das IST e o oferecimento de métodos para evitar a aquisição das doenças de transmissão sexual. Esta é uma preocupação para as políticas públicas de saúde, em especial para infecção pelo HPV, considerada um fator causal para os cânceres cervicais (VARGENS; SILVA, 2014).

“Também já. Mas foi no direito reprodutivo que falava sobre essas doenças.” (E11)

“Já. Foi grupo que participei. Foi mais para colocar o DIU. Foi nos Direitos Reprodutivos. Mas nele também explica alguma coisa sobre a doença.” (E12)

“Eu já participei de umas campanhas. Algumas reuniões, às vezes que eu ia, eles falavam sobre sexualidade.” (E14)

Observa-se que não há grupos educativos direcionados para a prevenção das IST nas unidades de saúde onde ocorreu a investigação, sendo abordada esta temática nos grupos de direitos sexuais e reprodutivos.

A utilização de mídias educativas, como rádio, televisão, revistas, jornais e *slides* consistem em uma intervenção cognitiva (VASCONCELOS et al, 2011). Na presente investigação, as usuárias foram questionadas a respeito da utilização dessas mídias nas UAPS para divulgar a prevenção do CCU, enquanto aguardavam o atendimento, sendo apresentado o seguinte relato.

“Sempre passa vídeo educativo. Só que não presto atenção. Por que eu não gosto de olhar a televisão, principalmente num ambiente onde tem muita gente. Eu não gosto de me ligar a televisão não, por que o som pra mim é um pouco baixo, eu não consigo entender muito. Então, eu saio lá pra fora, não presto atenção não, entendeu? Mas

sempre passa.[...] Já várias vezes. Eu vi que tava passando várias vezes, mas como o som é necessário ser baixo e essa audição não é totalmente 100%. Eu acho que não é por que não consigo ouvir lá. Eu saio lá pra fora [...].” (E2)

Apenas uma participante relatou ter assistido vídeo educativo enquanto aguardava atendimento na recepção da unidade de saúde, porém não conseguiu compreender o conteúdo apresentado devido ao volume baixo do aparelho de televisão ou a dificuldade em prestar atenção. As demais relataram não ter assistido a nenhum vídeo educativo.

As intervenções de enfermagem no combate e controle do câncer cervical consistiram na utilização de mídias educativas, sendo encontradas com maior prevalência a televisão, rádio, jornais, vídeos e *slides*, palestras ou grupos de discussão e materiais educativos (cartas, folhetos, panfletos, *folders*). Conclui-se que quando utilizadas de forma combinada promovem o conhecimento e a adesão das mulheres à prevenção do CCU (PAULA et al, 2013).

Ressalta-se que nas UAPS que foram cenários do estudo havia aparelhos de TV na recepção, e, durante a presença do pesquisador nos cenários do estudo, observou-se que estavam sendo utilizadas apenas para canais abertos com suas programações diárias.

Um estudo realizado nos Estados Unidos (Califórnia) com mulheres americanas vietnamitas compara os efeitos de uma combinação de intervenções cognitivas. Foram incluídas no estudo cartilhas e uma campanha com utilização de mídias com anúncios em televisão, rádios e jornais. Um grupo de mulheres participou do estudo com as duas intervenções e outro grupo de mulheres recebeu apenas as cartilhas educativas. Concluiu-se que a combinação de intervenções levou as mulheres a realizar mais o exame citopatológico do que aquelas que receberam apenas as cartilhas (PAULA et al, 2013).

A utilização de vídeos educativos é uma estratégia eficaz de sensibilização, especialmente quando a população necessita dessas informações, devendo adequar a linguagem e o visual utilizados nesses, que precisam ser acessíveis aos usuários para alcançar o objetivo esperado (PAULA et al, 2013).

Outras formas de prevenir o CCU consistem nos cuidados e informações oferecidas aos usuários acerca do uso de preservativos, prevenção de doenças

sexualmente transmissíveis e orientações que incentive o sexo seguro (OLIVEIRA et al, 2010).

O aconselhamento ou orientações individuais é outra forma de intervenção cognitiva que pode ser realizada pelos enfermeiros, sendo essa uma possibilidade com abordagem individual, entre os profissionais e os usuários.

Dentre as competências dos profissionais das equipes da ESF, tem-se a oferta de orientações adequadas às mulheres em relação à importância da realização do Papanicolaou (OLIVEIRA et al, 2010).

O processo comunicacional estabelecido entre os profissionais de enfermagem e usuárias deve ser relevante, não apenas para conhecer as queixas da cliente, mas para o estabelecimento da interação entre o enfermeiro e a usuária, devendo ser acessível, possibilitando a compreensão das informações pelas usuárias. Ela deve ser oferecida de forma clara e objetiva para facilitar o conhecimento a ser adquirido, pois uma orientação bem contextualizada e embasada, numa relação de confiança entre usuárias e enfermeiros, garante a sensibilização das pessoas para o cuidado com a saúde (DIÓGENES; LINARD; TEIXEIRA, 2010).

O recebimento de orientações ou aconselhamentos pelos enfermeiros foi identificado nos relatos:

“Já. Já fui orientada pela enfermeira que faz o exame ginecológico. Ela fala muito. [...] As enfermeiras falam muito nesse negócio de direitos reprodutivos. Aí elas alertam muito sobre isso, os riscos, as precauções, a prevenção. Falam muito sobre isso.” (E5)

“Sempre que eu estou ali (UAPS). A enfermeira fala pra mim, na sala dela quando vou fazer preventivo.” (E8)

“É. Essa orientação de fazer o preventivo pelo menos uma vez ao ano.” (E9)

“Durante a realização do preventivo. Ela (enfermeira) me falou várias coisas, inclusive me pediu alguns exames, por causa de algumas queixas que tinha e ela achou que eu precisava. Ela me pediu dois exames, um de mama e o transvaginal, por causa das queixas.” (E11)

Evidenciou-se pelos relatos das participantes que as orientações individuais acontecem quando as usuárias estão nas consultas de enfermagem para realização do exame preventivo para o CCU, não havendo orientações acerca dessa temática

durante a espera das mulheres para atendimento ou mesmo quando essas estão presentes no serviço de saúde. Foram identificados que os principais temas abordados pelas enfermeiras durante a oferta dessas orientações individuais foram: a periodicidade e a importância de realização do exame, condições do trato genital feminino, prováveis resultados dos exames coletados e solicitação de exames devido às queixas apresentadas pelas usuárias.

Também buscou saber se as usuárias recebiam orientações acerca das IST bem como a utilização de métodos de barreira (preservativos) durante as relações sexuais para preveni-las e em quais atividades essas foram oferecidas, sendo apresentadas nas falas a seguir.

“Já.” (E2)

“Já. Nas palestras.” (E3)

“Já. Não pode deixar de usar. A gente deixa de ser usar. Sei lá? Bobeira deixar passar. Recebi essas orientações conversando com as enfermeiras, elas falam muito as coisas, inclusive, eu fiquei sabendo que a gente pode fazer laqueadura. Eu não sabia. Mas foi no grupo. [...] Então, hoje em dia está muito acessível para todo mundo. Está mais fácil.” (E5)

As participantes receberam das enfermeiras as orientações acerca das IST e da necessidade de utilização dos preservativos nas relações sexuais. As atividades referidas pelas participantes foram em palestras e no grupo educativo.

As demais participantes alegaram não ter recebido nenhuma orientação que envolvia essa temática. Algumas afirmaram receber orientações através de propagandas de televisão. Dessa forma, percebe-se a influência e a importância das mídias educativas na prevenção de IST e na utilização dos preservativos.

“Não. Não falaram comigo não.” (E1)

“Vi na televisão.” (E8)

“Não. Eu nunca recebi nada não. Na idade que eu estou hoje ninguém vai querer passar mais nada [risos]. [...] Mas já ouvi falar. Já sim. A gente escuta até pelas televisões. A gente escuta. A gente ouve falar isso na televisão.” (E9)

“Também através de TV. Eles sempre fazem alguma propaganda, alguma coisa assim. Aqui na unidade não.” (E10)

As IST são consideradas um problema de saúde pública no Brasil, com elevada prevalência (VARGENS; SILVA, 2014), devido aos processos infecciosos ainda na fase aguda e as complicações advindas da sua evolução sem diagnóstico e tratamento adequado. Entre as consequências, encontram-se processos inflamatórios no sistema reprodutor feminino, morbidade perinatal e a infertilidade (LUPPI et al, 2011).

A utilização de um método de barreira (condom/preservativo) como método contraceptivo reduziu o risco de aquisição de IST, sendo essa prática considerada um fator de proteção para prevenção das IST nas mulheres (LUPPI et al, 2011).

Alguns hábitos de vida das participantes podem ser considerados como fatores de risco modificáveis para o CCU, e, assim, as participantes relataram ter recebido orientações dos enfermeiros em relação à alimentação saudável, ao não consumo de álcool e ao não uso de cigarros:

“Já. Embora eu não tenha nenhum vício [...]. Elas (enfermeiras) tem até um grupo de caminhada. Queria me incluir porque eu sou do grupo de hipertenso. [...] Já fui orientada sim.” (E4)

“Sim. Foi conversando, falando. [...] O que sabe todo mundo sobre alimentação correta, risco de você não beber, não fumar. Falaram muito isso sim.” (E5)

“Já. A gente sempre tá sendo orientada. Já fumei mas beber nunca bebi não. Mas eu fumava. Tem mais de 20 anos que eu não fumo mais.” (E6)

“Às vezes. Quando venho aqui no posto sempre vejo campanha ali daquele negócio de fumo. Tem alcoólicos anônimos. É um tipo de orientação sim.” (E11)

Os enfermeiros ofereceram orientações sobre hábitos de vida saudáveis, como prática de exercícios físicos (caminhada), adesão à alimentação saudável, não consumo de bebidas alcoólicas e não uso de cigarros.

Evidencia-se que não é possível avaliar os resultados dessas intervenções, necessitando de um acompanhamento contínuo e regular dos profissionais da APS quanto à adoção ou manutenção dessas práticas saudáveis pelas usuárias.

As pessoas precisam conhecer e controlar os fatores condicionantes e determinantes da sua saúde, dentre esses a adoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis, como alimentação saudável, prática de exercícios físicos, não

uso de álcool e cigarros (MENDONÇA et al, 2010; CASARIN; PICCOLI, 2011; OLIVEIRA et al, 2014).

Portanto, os enfermeiros precisam intervir por meio de ações preventivas e educativas, a serem desenvolvidas na comunidade, em diversos momentos, seja nas salas de espera, grupos educativos, orientações individuais ou utilização de mídias educativas, uma vez que possuem a função de educadores em saúde (MELO et al, 2012).

Essas intervenções devem ter como propósito a manutenção da qualidade de vida da população, reduzindo a morbidade e a mortalidade causada por doenças decorrentes de má alimentação, sedentarismo, consumo de cigarros, ingestão de bebidas alcoólicas e comportamento sexual sem proteção.

Todas as oportunidades encontradas para desenvolver as atividades educativas acerca da prevenção do CCU devem ser utilizadas, em especial em locais onde exista uma maior concentração de mulheres, como nas unidades de saúde, associações e igrejas. Ressalta-se que a utilização de várias intervenções cognitivas são mais eficazes, promovem maior adesão e conhecimento das mulheres acerca do câncer cervical (PAULA et al, 2013).

As intervenções sociais são aquelas que utilizam pessoas capacitadas da comunidade para oferecer informações ou profissionais visando aumentar a adesão a medidas de prevenção para o CCU. As intervenções sociais descritas sugerem a participação de enfermeiros como agentes promotores de saúde e mudanças no sistema de rastreamento vigente (VASCONCELOS et al, 2011).

Na investigação, todas as usuárias já haviam participado de consulta de enfermagem com realização do exame citopatológico, conforme é apresentado nos relatos.

“Preventivo aqui eu já fiz sim. Já fiz.” (E2)

“É. Geralmente quando eu faço é com quem está lá mesmo, as enfermeiras [...]. Ai eu faço o preventivo com elas.” (E13)

A realização da consulta de enfermagem visando à prevenção do CCU é uma prática assistencial rotineira nos serviços de saúde da atenção básica. Ganha destaque a atuação desse profissional, uma vez que atua direta ou indiretamente nas medidas preventivas para essa doença (MELO et al, 2012).

A consulta de enfermagem é uma estratégia eficaz para a identificação dos desvios de saúde da população, sendo caracterizada pelo trabalho do enfermeiro de forma individualizada e efetiva frente às demandas de saúde dos usuários. Também é considerado um momento de troca de informações, além de ser um momento para realizar o exame e fortalecer o vínculo entre a mulher e o profissional. Estudos apontam que a consulta realizada por enfermeiros traz benefícios à comunidade, proporcionando orientações necessárias às necessidades de saúde dessas pessoas (MELO et al, 2012; MENDONÇA et al, 2011).

Essa prática assistencial é um momento no qual o enfermeiro pode aproveitar para propiciar às usuárias o empoderamento e a atitude ativa frente à sua saúde.

O sistema de rastreamento do CCU é outra intervenção social bastante eficaz. As opções que as equipes da ESF possuem para rastrear as mulheres na faixa etária recomendada consistem nas visitas domiciliares pelos profissionais e busca ativa (VASCONCELOS et al, 2011).

Para melhores resultados das ações dos enfermeiros nas unidades de saúde destaca-se o sistema de controle das mulheres que são cadastradas na ESF (MELO et al, 2012).

A identificação de mulheres que possuem lesões precursoras do câncer cervical precisa de rastreamento e vigilância, para que as ações de detecção e tratamento sejam efetivas. Torna-se essencial a atuação da equipe de saúde para a manutenção desse rastreamento, bem como a contínua oferta de informações que permitam avaliar as ações realizadas por seus profissionais (OLIVEIRA et al, 2010).

Diversos são os motivos para que os enfermeiros não realizem visitas domiciliares junto à comunidade, dentre elas a dificuldade mais evidenciada foi a sobrecarga de tarefas nas unidades de saúde. Além disso, a indisponibilidade de equipamentos e instrumentos portáteis, como balanças, o desconhecimento, a violência e o medo de caminhar na área da comunidade. Em decorrência do excesso de atividades e o tempo limitado, os enfermeiros optam por realizar procedimentos e atividades na própria unidade de saúde, como as consultas de enfermagem, em detrimento das visitas domiciliares (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

A visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde utilizada pelas equipes da ESF, possibilitando a inserção e o conhecimento dos profissionais no contexto da vida dos usuários, bem como o estabelecimento de vínculos entre

esses. Sendo assim, a visita domiciliar é uma atividade que proporciona aos enfermeiros e ACS conhecerem o contexto social, identificando as necessidades de saúde das famílias assistidas pela equipe (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Os profissionais compreendem que inúmeras são as atividades que podem ser realizadas para prevenção do CCU, e muitas dessas contam com o auxílio dos ACS, o que facilita a aproximação dos enfermeiros junto à população e o gerenciamento melhor das atividades dos ACS (MELO et al, 2012).

Nesse contexto, a PNAB determina, como uma das atribuições dos ACS, realizar o acompanhamento de todas as famílias e indivíduos, por meio de visitas domiciliares (BRASIL, 2012).

Assim, perguntou-se às participantes se haviam recebido visitas domiciliares de ACS, e se esses, durante as visitas realizadas em seus domicílios, lembravam ou orientavam acerca da importância da prevenção para o CCU.

“Tipo assim: a A.(ACS), que é agente da minha rua, ela sempre lembra a gente. E a gente também pergunta ela. Quando que vai ter o preventivo e tal? Porque a gente gosta de fazer todo ano. Principalmente, eu faço, todo início de ano. [...] Ela orienta quando vai ter e tudo.” (E1)

“Sobre a prevenção do câncer. Sobre preventivo. Ela sempre me cobra. Não posso falar que ela não me cobra não, por que ela cobra. Ela sempre me pergunta, quando eu vou aumentando o prazo um pouquinho [...]” (E2)

“Eu sempre recebo as visitas da menina, da agente. [...] De vez em quando a A.(ACS) passa lá e pergunta se já fiz. Eu já sei que o meu é no princípio do ano, janeiro, fevereiro até março eu faço. É a minha obrigação que eu tenho. Ela faz a visita sim” (E8)

“A ACS costuma passar, perguntar se já fiz o preventivo? Se vai marcar. No dia tal, vai marcar na sua área e tudo. Já recebi. Lembrando. A ACS sempre avisa aqui.” (E13)

Os ACS realizam visitas domiciliares e aproveitam para realizar o convite ou lembrar as usuárias acerca da realização do Papanicolaou. Essa intervenção social é uma possibilidade valiosa desenvolvida pelo ACS, sendo também uma oportunidade no que tange à oferta de informações, sensibilização e importância da realização da prevenção do câncer cervical.

Evidenciou-se nas falas que as visitas domiciliares servem como uma estratégia de rastreamento, onde são realizadas buscas ativas das mulheres que

não estão realizando a prevenção ou que atrasaram a realização do exame citopatológico.

Os ACS fazem cobranças, conforme é apresentado pelas participantes. A PNAB atribui aos ACS a oferta de orientações as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde e o desenvolvimento de ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que os ACS devem realizar pelo menos uma visita domiciliar mensal às famílias e, quando essa estratégia é impossibilitada por algum motivo, esses priorizam visitas aos usuários com maior demanda de saúde. Da mesma forma, os enfermeiros realizam visitas domiciliares quando é requerida maior atenção à saúde em determinados grupos de usuários, como acamados, conforme é estabelecido pelo MS e pela própria equipe da ESF (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

As informações encontradas nos relatos corroboram outros estudos que apresentam que os ACS são os profissionais que efetivamente fazem busca ativa e acompanham a população, em oposição aos outros profissionais da equipe, que estão direcionados para o cumprimento de metas e procedimentos, o que contribui para a prática centrada na demanda dos usuários e não na promoção da saúde das famílias e indivíduos (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Enquanto integrante da equipe de saúde da família, os enfermeiros têm como função capacitar e atualizar todos os membros da equipe sob sua supervisão. A educação continuada deve ser uma rotina nos serviços de saúde para a efetivação das intervenções voltadas para a prevenção e a promoção da saúde.

Por outro lado, as participantes não receberam visitas domiciliares dos enfermeiros convidando-as, alertando-as ou lembrando-as da realização do Papanicolaou, bem como para orientá-las da importância de realizar a prevenção para o CCU, ficando responsáveis por essas atividades os ACS.

A atuação direta dos enfermeiros à comunidade deveria ser uma realidade, a fim de atender a PNAB e a ESF, o que é dificultado em decorrência da sobrecarga de atividades nas UAPS impostas a esse profissional. Portanto, são perdidas oportunidades de envolvimento e vínculo pelo enfermeiro em relação ao usuário no ambiente onde ele está inserido bem como o desconhecimento por parte desse profissional acerca da realidade e das condições de vida dessa população (BRASIL, 2012; KEBIAN; ACIOLI, 2014).

No estudo de Yabroff, Mangan e Mandelblatt (2003), é apresentado que a inserção de enfermeiras na prática assistencial para rastreamento do CCU aumentou em 32,7% a triagem para esse tipo de câncer. Isso representa a importância desse profissional para o controle e rastreio do CCU (VASCONCELOS et al, 2011; VARGENS; SILVA, 2014).

As intervenções de enfermagem para prevenção do CCU devem considerar as características da população a que se destinam bem como o ambiente onde essas serão implementadas. Dessa forma, é percebido que, independente de qual intervenção será realizada, há uma necessidade de ser delineada a fim de alcançar o objetivo proposto. As intervenções comportamentais, cognitivas e/ou sociais, apresentam resultados positivos para a detecção precoce do câncer cervical, todavia, sugere-se que, quando combinadas, os resultados são mais eficazes (VASCONCELOS et al, 2011)

Atendendo ao objetivo da investigação, foram identificadas as intervenções realizadas pelos enfermeiros na APS que podem mudar ou não os comportamentos, hábitos e estilos de vida das usuárias em relação à prevenção do CCU.

“[...] Mas tudo que eles falam, assim, eu acatei tudo. [...] Tipo assim: a enfermeira me aconselhou dentro desse tema, e explicou o quanto é importante. Pra usar camisinha, pra usar preservativo, pra evitar um pouco de doença”. (E3)

“As coisas que eu ouço a respeito das doenças. Quando alguém falou comigo que eu tenho que realizar a prevenção. Que eles fazem campanha. Isso tudo é que me faz agir, me fez ver que eu preciso. [...] Isso tudo eu já ouvi, essas orientações, esses convites [...] Também nas consultas. Me perguntam como que eu estou? Se fiz o exame (preventivo)?.” (E4)

“Igual. Eu sempre recebo orientações. [...] E pra mim é bom continuar fazendo o preventivo. Que ela (enfermeira) vai tá mais perto, acompanhando. [...] Aí eu tava conversando com ela do preventivo. Às vezes a pessoa deixa pra lá, igual minha mãe. Ela não faz. Mas é bom tá fazendo mesmo. Eu também tinha dúvidas. Aí perguntei ela (enfermeira).” (E11)

“Eu acho que o preventivo ele te ajuda muito. [...] Toda doença no início dela é mais fácil de tratar, tem mais chance de cura. Então é por isso mesmo que eu tenho esse cuidado de todo ano tentar fazer.” (E13)

Conforme é apresentado nos relatos, as orientações individuais e a realização do exame propriamente dito são intervenções que poderiam fazer as participantes mudar o comportamento, favorecidas por meio de cartazes, avisos, convites e campanhas. Vale lembrar que essas intervenções devem ser realizadas conjuntamente durante a consulta de enfermagem, reforçando o que a literatura apresenta em relação à combinação de intervenções para alcance de resultados mais eficazes.

Vale ressaltar a importância das atividades educativas para a prevenção do CCU, como palestras e grupos educativos sob a temática de direitos sexuais e reprodutivos e as orientações acerca das IST e doenças que acometem as mulheres, como o CCU.

Os enfermeiros que atuam na APS e que dispõem de mídias educativas, como aparelho de televisão, vídeos, jornais, revistas e *slides*, devem utilizá-las para fins educativos. Destaca-se que a ausência da visita domiciliar e busca ativa efetivada pelo enfermeiro podem comprometer a garantia de adesão e cobertura no rastreamento do CCU.

Portanto, é necessária a realização de intervenções pela enfermagem de forma efetiva visando à ampliação e/ou desenvolvimento de ações para prevenção do CCU e promoção da saúde as mulheres assistidas na APS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação buscou analisar as intervenções realizadas por enfermeiros na APS capazes de proporcionar mudanças de comportamentos, hábitos e estilos de vida em relação à prevenção do CCU na perspectiva das usuárias.

Ao desenvolver esta investigação, pudemos observar como os temas abordados (prevenção, promoção da saúde e rastreamento do CCU) se relacionam de forma direta. Nos relatos, foi possível identificar que o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é capaz de iluminar a relação entre as dificuldades, facilidades e as percepções das mulheres para a prevenção do CCU, assim como apontar e reforçar as ações do enfermeiro no rastreamento do CCU e promoção da saúde da mulher.

Foram identificados fatores que podem influenciar os comportamentos, estilos e hábitos de vida a ser adotados pelas usuárias: a idade, a raça, religião, escolaridade, a preocupação em fazer a prevenção para o CCU, prevenção de IST e o cuidado com o próprio corpo, considerados fatores protetores à saúde das mulheres. Em contrapartida, foram encontrados no estudo fatores considerados de risco que favorecem o surgimento e/ou desenvolvimento do CCU, como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, multiplicidade de parceiros, uso de anticoncepcionais hormonais orais por tempo prolongado e não utilização de preservativos nas relações sexuais.

Dentre as facilidades para a prevenção do CCU, foram identificados o acesso ao serviço, o agendamento e realização do Papanicolaou, a interação entre as enfermeiras e as usuárias garantido por meio do acolhimento, vínculo, diálogo e a realização de campanhas de intensificação do exame citopatológico. As barreiras encontradas consistiram na dor, constrangimento, vergonha e medo, durante a realização do Papanicolaou. As percepções das mulheres em relação à realização da prevenção para o CCU e o câncer de mama se sustentaram no cuidado com a própria saúde e o reconhecimento de que prevenção é melhor do que o tratamento para o câncer. Identificou-se que as mulheres são influenciadas por familiares e profissionais da saúde, por histórico familiar de câncer, por terem tido algum câncer ou alguma doença e pela necessidade de cuidar da saúde.

Posto isso, percebe-se a relevância do papel do enfermeiro nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na APS, a adoção de comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis, uma vez que esses profissionais exercem influências sob as condutas promotoras de saúde adotadas pelas usuárias. Ficou evidente a influência da consulta de enfermagem à mulher com ênfase no rastreamento do CCU como um momento fundamental e uma oportunidade valiosa para incentivar e estimular hábitos e comportamento saudáveis para a saúde integral da mulher.

Através da utilização do modelo de promoção de saúde proposto por Nola Pender, foi possível constatar a interação entre a atuação da enfermagem no contexto da promoção da saúde com as mudanças de comportamento a serem adotadas pelas mulheres, não apenas na prevenção do CCU, mas também com a sua saúde em geral. Por meio deste, pode-se compreender as dificuldades, as facilidades e as percepções das mulheres em relação à prevenção para o CCU.

Espera-se com esse trabalho fornecer aos enfermeiros conhecimento e elementos para elaborar medidas assistenciais, educativas e preventivas às mulheres expostas aos fatores de risco para o CCU, identificando os obstáculos que impossibilitam ou dificultam a prevenção para esse tipo de câncer e norteando as intervenções de enfermagem.

Os resultados encontrados demonstram que os enfermeiros devem combinar intervenções comportamentais, cognitivas e sociais, conjuntamente, com os demais profissionais das equipes da ESF, para a efetivação de ações preventivas e promotoras da saúde. Nesse contexto, ressaltam-se o papel da consulta de enfermagem com realização do Papanicolaou e a importância das orientações oferecidas durante as atividades assistenciais e educativas realizadas na UAPS.

Foi possível identificar que o fato das participantes frequentarem a unidade de saúde há mais de 10 anos teve certa influência em seu comportamento relacionado à sua saúde. Também foi constatado que elas puderam adotar ou manter comportamentos preventivos, como hábitos saudáveis e possuíam informações a respeito de como promover a saúde.

À partir das reflexões apontadas neste estudo, vale ressaltar que há necessidade de realizar mais investigações acerca dos comportamentos, hábitos e estilos de vida das usuárias em relação à prevenção para o CCU, podendo considerar essa pesquisa como um ponto de partida na busca de caminhos para a

descoberta sobre as formas efetivas de prevenção do CCU, adequadas para as diferentes classes sociais, comunidades, localidades e regiões, baseando-se em suas particularidades e singularidades, considerando as questões culturais e de gênero.

Ao final desta investigação, pode-se afirmar que há uma necessidade cada vez maior do envolvimento do enfermeiro na redução da morbimortalidade por CCU, através de intervenções de forma efetiva, ampliando e/ou desenvolvendo ações para prevenção do CCU e promoção da saúde às mulheres assistidas na APS.

7. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. D.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 375-391, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300010&nrm=iso >. Acesso em: 15 de março de 2014.
- ALVES, A.C.S. **Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender**. 2010. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- ALVES, R.R.F. et al. Prevalence, genotype profile and risk factors for multiple human papillomavirus cervical infection in unimmunized female adolescents in Goiânia, Brazil: a community-based study. **BMC public health**, v. 13, n. 1, p. 1041, 2013.
- ANDRADE, C.G.; COSTA, S.F.G.; LOPES, M.E.L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 9, p. 2523-2530, 2013.
- ANJOS, S.J.S.B. et al. Risk factors for cancer of the cervix in women prisoners. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 508-513, 2013.
- ARAÚJO, C. S.; LUZ, H.A.; RIBEIRO, T.F. Exame preventivo de papanicolau: percepção das acadêmicas de enfermagem de um centro universitário do interior de Goiás. **Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.3, p.378-385, jul./set. 2011.
- ARAUJO, S. C. F. D. et al. Eficácia das vacinas comercialmente disponíveis contra a infecção pelo papilomavírus em mulheres: revisão sistemática e metanálise. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, p.32-44, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201300150004&nrm=iso>.
- ASSIS, L.T.M.; FERNANDES, B.M. Saúde da Mulher: A enfermagem nos programas e políticas públicas nacionais no período de 1984 a 2009. **Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.3, p.356-364, jul./set., 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2011. (Obra original publicada em 1977)
- BEACHLER, D.C. et al. Natural History of Anal vs Oral HPV Infection in HIV-Infected Men and Women. **Journal of Infectious Diseases**, v. 208, n. 2, p. 330-339, 2013.
- BECK, C.L.C. Fatores que Favorecem e Dificultam o Trabalho dos Enfermeiros nos Serviços de Atenção à Saúde. **Esc Anna Nery**(impr.), v.14, n.3, p.490-495, jul./set. 2010.

BONFIM, D. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.6, p.1462-70, 2012.

BRASIL. Lei, Decretos etc. **Lei 7498, de 26 de junho, de 1986**. Diário Oficial da União. Brasília, 26/jun. Seção 1, p. 9274, 1986.

BRASIL. Lei, Decretos etc. **Lei 8080, de 19 de setembro, de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm Acesso em: 15 de setembro de 2010.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. Lei do planejamento familiar**. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9263-12-janeiro-1996-374936normaatu_alizada-pl.pdf Acesso em: 25 de março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa de Câncer para 2014/2015: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**, 2011b [acessado em 23 dez 2013]. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília: 2010.

BRÊTAS, J.R.S. et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.7, p. 3221-3228, 2011.

BROWN, D.R.; WEAVER, B. Human Papillomavirus in Older Women: New Infection or Reactivation?. **Journal of Infectious Diseases**, v. 207, n. 2, p. 211-212, 2013.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.5, p.611-4, set./out. 2004.

CASARIN, M.R.; PICCOLI, J.C.E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p. 3925-3932, 2011.

CELEDÔNIO, R.M. et al. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. **Rev Rene**, v.13, n.5, p.1100-1110, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução 466/2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 de outubro de 2013.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988). **Artigos 196 a 200**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao/federal.pdf. Acesso em: 15 de fevereiro de 2014.

DANTAS, C.N.; ENDERS, B.C.; SALVADOR, P.T.C.O. Experiência da enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n.3, p.646-660, jul./set. 2011.

DIÓGENES, M.A.R.; LINARD, A.G.; TEIXEIRA, C.A.B. Comunicação, Acolhimento e Educação em saúde na Consulta de Enfermagem em Ginecologia. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 38-46, out./dez.2011.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUARTE, S.J.H. et al. Fatores de Risco para Câncer Cervical em Mulheres Assistidas por uma Equipe de Saúde da Família em Cuiabá, MT, Brasil. **Ciencia y Enfermeria**, v.17, n.1, 2011.

FERNANDES, M. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2589-2596, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900013&nrm=iso >. Acesso em: 12/03/2014.

FERREIRA, M.L.S.M. Motivos que influenciam a não-realização do exame papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Rev Enfermagem Escola Anna Nery**, v.13, n.2, p. 382-83, 2009.

FONTANELLA, B.J.V. et al. Amostragem em pesquisa qualitativa: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad Saúde Pública RJ**, v.27, n.2, p. 389 - 394, 2011.

GAMARRA SANCHEZ, M.E. et al. Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. **UCV - Scientia**. [online], v.2, n.2 [citado 07 Marzo 2014], p.73-81, 2010. Disponível em: <http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077172X2010000200008&lng=es&nrm=iso>.

GARCIA, C.L.; PEREIRA, H.C.; MARINHO, M.N.A.S.B. Percepções das Mulheres acerca do Exame de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino. **RBPS**, Fortaleza, v.23, n.2, p.118-125, abr./jun., 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, K. D. O. et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 881-892, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&nrm=iss>.

GUIMARÃES, J.A.F. et al. Pesquisa Brasileira sobre Prevenção do Câncer de Colo Uterino: Uma Revisão Integrativa. **Rev Rene**, v.13, n.1, p. 220-230, 2012.

GURGEL, M. G. I. et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 610-615, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300024&nrm=iso>.

HAESER, L. D. M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 605-620, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200011&nrm=iso>.

HUGO, T.D.O. et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.11, p.2207-2214, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atual. amp. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Tipos de Câncer. Colo do útero, 2014**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao. Acesso em: 23 de Setembro de 2014.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: a propósito de um desenho. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 28, p. 398-399, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732012000600002&nrm=iso>. Acesso em: 28 de maio de 2014.

KEBIAN, L.V.A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v.16, n.1, p.161-9, jan/mar 2014.

LAGANÁ, M.T.C. et al. Alterações Citopatológicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Periodicidade dos Exames de Rastreamento em Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.4, p.523-530, 2013.

LOPES, C.E. Uma proposta de definição de comportamento no behaviorismo radical. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, Belo Horizonte-MG, v.10, n 1, p.1-13, 2008.

LUCENA, L.T. et al. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 2, n. 2, jun. 2011. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232011000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2015.

LUPPI, C.G. et al. Diagnóstico precoce e os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em mulheres atendidas na atenção primária. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 3, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de março de 2015.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. D. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, p. 151-164, 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974201300010016&nrm=iso>. Acesso em: 27 de janeiro de 2014.

MARQUES, D.M.; PEREIRA, A.L. Assistência pautada nos direitos sexuais e reprodutivos: uma condição para promover a saúde da mulher. **Rev. Eletr. Enf.**, v.13, n.3, p.449-55, jul/set 2011.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M. D.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 991-999, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600016&nrm=iso>. Acesso em: 24 de janeiro de 2014.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.1, jan/fev 2011.

MEIRA, K.C.; GAMA, S.G.N.; SILVA, C.M.F.P. Perfil de Mortalidade por Câncer do Colo do Útero no Município do Rio de Janeiro no Período 1999-2006. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.57, n. 1, p. 7-14, 2011.

MELO, M.C.S. et al. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3, p.389-398, 2012. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-24006>. Acesso em: 25 de novembro de 2013.

MENDONÇA, F.A.C. et al. Acolhimento e Vínculo na Consulta Ginecológica: Concepção de Enfermeiras. **Rev Rene, Fortaleza**, v. 12, n. 1, p.57-64, jan/mar 2011.

MENDONÇA, M.H.M. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MENDONCA, V.G. et al. Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, out. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001000002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 de abril de 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**.14.ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MOZZATO, A.R.; GRZYBOVKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios, **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul./ago. 2011.

NASCIMENTO, N.M. **A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem no empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender**. 2011. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, A.C. et al. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. **Rev Rene**. 2014 mar-abr; v.15, n.2, p.240-8, mar./abr. 2014.

OLIVEIRA, C.C.; REIS, A. Questões epistemológicas e bioéticas da prevenção quaternária. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p. 1485-1502, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 de fevereiro de 2014.

OLIVEIRA, G.R. et al. Risk factors and prevalence of HPV infection in patients from Basic Health Units of an University Hospital in southern Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.35, n.5, p. 226-232, 2013.

OLIVEIRA, I.S.B. **Ações de Equipes da Estratégia Saúde da Família na Prevenção do Câncer de Colo de Útero**. 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP.

OLIVEIRA, I.S.B. et al. Ações das Equipes de Saúde da Família na Prevenção e Controle de Colo de Útero. **Cienc Cuid Saude**, v.9, n.2, p.220-227, abr/jun.2010.

OLIVEIRA, M. A. D. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&nrm=iso Acesso em: 13 de março de 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres**. Washington, DC: OPAS, 2013.

PAULA et al. Atuação do Enfermeiro da Atenção Básica Frente ao Controle do Câncer Uterino: revisão da literatura. **Pós em Revista do centro Universitário Newton Paiva**, n.1, v. 5, 2012.

PAULA et al. Intervenções Educativas na Prevenção do Câncer de Colo Uterino: revisão integrativa. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v.7(spe), p.7133-40, dez. 2013.

PENDER, N.J; MURDAUGH, C; PARSONS, M.A. **Health Promotion in Nursing Practice**. 5th edition. Upper Sadle River, NJ: Prentice-Hall Health, Inc., 2006.

PEREZ CALA, A.E.; GUERRA CEPENA, E.; RODRIGUEZ ARIAS, O.D. El cáncer como respuesta adaptativa. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v.16, n.2, fev. 2012. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000200012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2014.

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

RIBEIRO, L. **Prevalência e fatores associados a não realização do exame citopatológico do colo do útero na Zona Norte do Município de Juiz de Fora**. 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

RIBEIRO, L. et al. Não adesão às diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero entre mulheres que frequentaram o pré-natal. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.35, n.7, p. 323-30, 2013.

RIBEIRO, J.H.M. et al. Exame Preventivo do Colo do Útero: Proposta de Ação Educativa para Promove a Adesão de Usuárias em uma ESF no Sul de Minas. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 546-555, ago./dez. 2014.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A.B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.73-79, 2011.

RODRIGUES, B.C. et al. Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022012000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.

RODRIGUES, C.C.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, v.10, n.2, p.235-255, jul./out.2012.

ROSAS, M. S. L. et al. Incidência do Câncer no Brasil e o Potencial Uso dos Derivados de Isatinas na Cancerologia Experimental. **Rev. Virtual Quim.**, v.5, n.2, p. 243-265, 2013.

SAMPAIO, L.C.; ALMEIDA, C.F. Vitaminas Antioxidantes na Prevenção do Câncer do Colo Uterino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.3, p.289-296, 2009.

SANTOS, I. et al. Fundamentos filosóficos e teóricos para novas concepções do cuidar em enfermagem: contribuição da sociopoética. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 644-651, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400022&nrm=iso>.

SANTOS, M. S. D. et al. Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 465-471, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300009&nrm=iso>.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.20, n. 4, p.421-423, out-dez 2011.

SERAFIM, M.S. **A construção da Imaginação da Criança: do desenho a escrita**. Fortaleza. 2008. 247 f. Tese (Doutorado em Linguística) – Centro de Humanidades/Departamento de Letras Vernáculas, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

SILVA, A.C.S.; SANTOS, I. Promoção do autocuidado de idosos para envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.4, p. 745-53, out/dez 2010.

SILVA, C.M.; VARGENS, O.M.C. Estratégias para a desmedicalização na consulta de enfermagem ginecológica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.127-30, jan/mar 2013.

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

SILVA, S.R.; SILVEIRA, C.F.; GREGÓRIO, C.C.M. Motivos Alegados para a não Realização do exame de Papanicolaou, segundo Mulheres em Tratamento Quimioterápico contra o Câncer do Colo Uterino. **Rev. Min. Enferm.**;16(4): 579-587, out./dez., 2012.

SOUSA, L.B. et al. Conhecimentos, atitudes e prática de mulheres acerca do uso do preservativo. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.147-52, jan./mar. 2011.

SOUZA, M.D. **Atuação da Enfermeira na Educação em Saúde Grupal em Direitos Sexuais/Reprodutivos na Atenção Básica**. Rio de Janeiro, 2011. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, M.G.; MANDU, E.N.T.; ELIAS, A.N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.3, p. 772-9, Jul-Set, 2013.

SOARES, E.M.; SILVA; S.R. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.4, p. 517-22, jul-ago 2010.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, p. 502-508, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1983-1447201100030010&nrm=iso >.

SPENCER, A. M. et al. Sociodemographic factors predicting mother's cervical screening and daughter's HPV vaccination uptake. **J Epidemiol Community Health**, Feb 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? **J Epidemiol Community Health**, v.62, n.7, p.580-583, 2008.

TANNURE, M. C. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TEIXEIRA, L.A.; PORTO, M.A.T.; SOUZA, L.P.A. A expansão do rastreamento do câncer do colo do útero e a formação de citotécnicos no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n.2, p.713-731, 2012.

TESSER, C.D. Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, v.36, n.3, p. 416-426, 2012.

THULER, L.C.S; BERGMANN, A.; CASADO, L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n.3, p. 351-357, 2012.

- UCHIMURA, N. S. et al. Influência do uso de anticoncepcionais hormonais orais sobre o número de células de Langerhans em mulheres com captura híbrida negativa para papilomavírus humano. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2015.
- VALE, D.B.A.P. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.383-390, fev. 2010.
- VARGENS, O.M.C.; SILVA, C.M. Tendo que se adaptar a uma realidade incontestável e inesperada: ser portadora do HPV. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro; v.22, n.5, p.643-8, set/out 2014.
- VASCONCELOS, C. T. M. et al. Integrative review of the nursing interventions used for the early detection of cervical uterine cancer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 437-444, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200028&nrm=iso. Acesso em> 24 de maio de 2014.
- VERDE, S.M.M.L.; OLINDA, Q.B. EDUCAÇÃO Nutricional: uma ferramenta para alimentação saudável. **RBPS**, Fortaleza, v.23, n.3, p.197-198, jul./set. 2010.
- VICTOR, J. F.; LOPES, M. V. D. O.; XIMENES, L. B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, p. 235-240, 2005.
- VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.181-190, 2013.
- WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: Gastão Wagner de Souza Campos; Maria Cecília de Souza Minayo; Marco Akerman; Marcos Drumond Junior; Yara Maria Carvalho. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p.635-667.
- YABROFF, K.R; MANGAN, P.; MANDELBLATT, J. Effectiveness of Interventions to Increase Papanicolaou Smear Use. **J Am Board Fam Pract**, v.16, n.3, may-jun, p.188-203, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12755245>. Acesso em: 20 de setembro de 2013.

8. APÊNDICE

8.1 Instrumento de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA		
Nome (apelidos): _____	Código: _____	Idade (anos): _____
Quem provém o núcleo familiar (paga as contas): _____	Participa financeiramente com o núcleo familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Renda Familiar (Salários Mínimos): <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> ≥4	Profissão/Ocupação: _____	
Cor que autodeclara: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> vermelha <input type="checkbox"/> outra: _____	Possui alguma doença/patologia? _____	
Nível Escolaridade: <input type="checkbox"/> analfabeta <input type="checkbox"/> Anos de Estudo: _____		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separada/Divorciada <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Outro: _____		

MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Componente 1: Características (Comportamento Anterior e Fatores Pessoais)

1. Comportamentos, Hábitos e Estilo de Vida

Você pratica exercícios físicos? () Sim () Não. Se sim, quantas vezes por semana? _____

Você fuma? () Sim () Não. Se Sim, você pensa em parar de fumar algum dia? _____

Você consome bebida alcoólica? () Sim () Não. Se sim, quantas vezes por semana? _____

Como é sua alimentação? _____ Você acha sua alimentação é saudável? () Sim () Não. Se sim, por que? _____ Se não, qual motivo? _____

Você usa anticoncepcional hormonal oral? () Sim () Não. Se sim, há quanto tempo? _____

Quando você teve a sua primeira relação sexual? _____

Você possui quantos parceiros sexuais? _____

Você usa preservativo em todas as suas relações sexuais? () Sim () Não. Se não, por qual motivo? _____

Você tem alguma queixa (problema) ginecológico? () Sim () Não. Se sim, qual? _____

Você já teve/tem alguma doença sexualmente transmissível? () Sim () Não.

Se sim, qual? _____ Fez tratamento? _____

Você faz o exame citopatológico (preventivo)? () Sim () Não. Se sim, de quanto em quanto tempo? _____ Se não, por qual motivo? _____

Quando você começou a fazer prevenção para o câncer de colo de útero? Por qual motivo? _____

Componente 2: Comportamento Específico (Benefícios, barreiras, percepções e influências)

1. Você tem alguma dificuldade para prevenir o câncer de colo do útero? Se sim, qual? _____

2. Você tem algum motivo para prevenir o câncer de colo de útero? Se sim, qual? _____

Componente 3: Resultado do Comportamento e Experiências Individuais

1. Após a sua participação nas atividades realizadas pelo enfermeiro(a) da unidade de saúde alguma fez você mudar alguma coisa na sua vida?

Intervenções da Enfermagem capazes de mudar Comportamento, Hábitos e Estilo de vida

1. Das atividades para prevenção do câncer de colo de útero realizadas pelo(a) enfermeiro(a) na unidade de saúde, você?

() Comportamentais

() Sim () Não	Recebeu ligação (telefonema) ou recado (lembretes, cartas) do enfermeiro(a) te convidando ou lembrando você a realizar o exame preventivo
-----------------	---

() Cognitivas

() Sim () Não	Recebeu orientações sobre a prevenção do câncer de colo de útero na sala de espera
() Sim () Não	Participou de grupos/palestras sobre a prevenção do câncer de colo de útero
() Sim () Não	Já assistiu algum vídeo educativo na recepção da unidade sobre prevenção do câncer de colo de útero
() Sim () Não	Participou de grupos/palestras sobre a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis
() Sim () Não	Recebeu orientação individual sobre a prevenção do câncer de colo de útero
() Sim () Não	Esteve na consulta de enfermagem e na realização do exame citopatológico (preventivo)
() Sim () Não	Recebeu orientação sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, não consumo de bebida alcoólica e consumo de cigarro
() Sim () Não	Recebeu orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis e o uso de preservativo nas relações sexuais

() Sociais

() Sim () Não	Recebeu visita domiciliar do enfermeiro onde te orientou (lembrou) sobre a prevenção do câncer de colo de útero
() Sim () Não	Recebeu visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde que te orientou (lembrou) sobre a prevenção do câncer de colo de útero

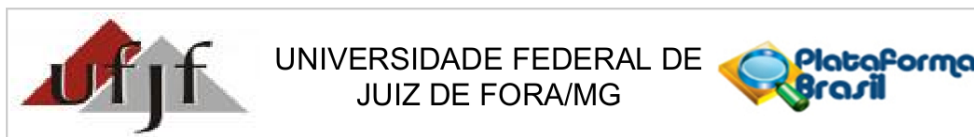
2. Das atividades realizadas pelo enfermeiro em relação ao câncer de colo de útero, qual você mais gostou? Por quê?

3. Das atividades realizadas pelo enfermeiro em relação ao câncer de colo de útero, qual você menos gostou? Por quê?

4. Dentre as atividades realizadas pelo enfermeiro (nome) da unidade (UAPS), alguma fez você ficar mais atenta em relação ao câncer de colo de útero?

9. ANEXOS

9.1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: INTERVENÇÕES DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: BETANIA MARIA FERNANDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32628514.1.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 718.335

Data da Relatoria: 10/07/2014

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa.

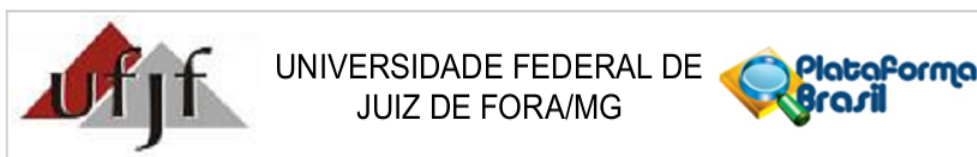
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e na Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 718.335

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e na Norma Operacional N°001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e na Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 15 de Julho de 2014

Assinado por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

9.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Anexo)

A Sra está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **“Prevenção do Câncer de Colo de Útero: intervenções de enfermeiros na atenção primária à saúde”**. Nesta pesquisa pretendemos **“avaliar as intervenções realizadas pelos enfermeiros na atenção primária à saúde que proporciona mudanças comportamentais, hábitos e estilo de vida e, adesão às medidas de prevenção e promoção à saúde para câncer de colo de útero segundo as usuárias”**. O motivo que nos leva a estudar **“a necessidade de conhecimento de quais intervenções que enfermeiro(a)s realizam que proporciona mudanças de comportamentos, hábitos e estilo de vida, e adesão às medidas de prevenção e promoção à saúde em usuárias que utilizam os serviços da Atenção Primária à Saúde para prevenção e controle do câncer de colo uterino”**.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **“1. Você é convidada a participar, e após o aceite, serão coletadas as informações por meio de uma entrevista e aplicação de perguntas presentes em um instrumento de coleta de dados. 2. As suas respostas serão gravadas em gravador digital, transcritas, e após a transcrição das informações, serão analisadas. 3. O instrumento de coleta de dados sobre as intervenções realizadas pelos enfermeiros serão recolhidos para serem analisados, “este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler”**.

Para participar deste estudo a Sra não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra tem assegurado o direito a indenização. A Sra terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra é atendida pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na **Unidade de Atenção Primária à Saúde (Posto de Saúde)** e a outra será fornecida a Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“Prevenção do Câncer de Colo de Útero: intervenções de enfermeiros na atenção primária à saúde”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2014.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador Responsável: Betânia Maria Fernandes

Endereço: Campus Universitário da UFJF/Faculdade de Enfermagem

CEP: 36036-900/Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102-3297

E-mail: betaniafernandes@uol.com.br

9.3 Termo de Infraestrutura e Concordância



Prefeitura de Juiz de Fora
Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde

TERMO DE INFRAESTRUTURA E CONCORDÂNCIA

Autorizamos a realização da pesquisa **“Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Intervenções de Enfermeiros na Atenção Primária à Saúde”**, a ser conduzida sob a orientação da Prof.^a Dr.^a. Betânia Maria Fernandes (Faculdade de Enfermagem/UFJF) e seu orientando Jorge Luis Tavares de Oliveira.

O estudo será realizado com usuárias que são assistidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de Fora.

Tais instalações apresentam infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa que somente poderá ser iniciada a coleta de dados em campo após a apresentação de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF ao Departamento de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde/Secretaria de Saúde/Prefeitura Municipal de Juiz de Fora.

Juiz de Fora, 11 de Junho de 2014.

Cláudia Rocha Franco

Chefe do Departamento de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde