

# Câncer cervico-uterino: conhecimento, atitude e prática sobre o exame de prevenção

*Cervical cancer: knowledge, attitude and practice on the prevention examination*

*Cáncer de cuello uterino: conocimiento, actitud y práctica sobre el examen de prevención*

**Ester Marcele Ferreira de Melo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3001-3999

**Francisca Márcia Pereira Linhares<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-9778-5024

**Telma Marques da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6155-1733

**Cleide Maria Pontes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4707-6873

**Alessandro Henrique da Silva Santos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5811-6450

**Sheyla Costa de Oliveira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0485-1729

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

## Como citar este artigo:

Melo EMF, Linhares FMP, Silva TM, Pontes CM, Santos AHS, Oliveira SC. Cervical cancer: knowledge, attitude and practice on the prevention examination. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):25-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0645>

## Autor Correspondente:

Ester Marcele Ferreira de Melo  
E-mail: [ester\\_mfm@hotmail.com](mailto:ester_mfm@hotmail.com)



**Submissão:** 28-09-2017

**Aprovação:** 13-06-2018

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cervico-uterino e investigar sua associação com as variáveis sociodemográficas. **Método:** estudo transversal, realizado de julho a setembro de 2015, com 500 mulheres cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário V, do município de Recife-PE. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário semiestruturado. Na análise estatística, foi aplicado o teste Qui-Quadrado, Teste Exato de Fisher e, na análise multivariada, o modelo de Poisson e estatística de Wald. **Resultados:** a prevalência de conhecimento, atitude e prática *adequados* foi de 35,2%, 98% e 70,6%, respectivamente. O conhecimento *adequado* foi associado a não ter filhos, ter renda familiar de dois salários mínimos e religião espírita/afro-brasileira. **Conclusão:** as mulheres realizam o exame, julgam-no necessário, mas não têm conhecimento *adequado*, o que demonstra a necessidade de ações educativas pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde.

**Descritores:** Enfermagem; Saúde da Mulher; Neoplasias do Colo do Útero; Teste de Papanicolaou; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the knowledge, attitude and practice of women on the cervical-uterine cancer screening and to investigate their association with sociodemographic variables. **Method:** a cross-sectional study, carried out from July to September 2015, with 500 women enrolled in the Basic Health Units of the Health District V, of the city of Recife-PE. For data collection, a semi-structured form was used. In statistical analysis, the Chi-square test and Fisher's Exact Test were applied and, in the multivariate analysis, the Poisson model and Wald statistic. **Results:** the prevalence of *adequate* knowledge, attitude and practice was 35.2%, 98% and 70.6%, respectively. *Adequate* knowledge was associated with having no children, having a family income of two minimum wages and Spiritist/Afro-Brazilian religion. **Conclusion:** women carry out the examination, deem it necessary, but do not have *adequate* knowledge, which demonstrates the need for educational actions by nurses and other health professionals.

**Descriptors:** Nursing; Women's Health; Uterine Cervical Neoplasms; Papanicolaou Test; Knowledge, Attitudes and Practice in Health.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el conocimiento, actitud y práctica de mujeres sobre el examen de prevención del cáncer de cuello uterino e investigar su asociación con las variables sociodemográficas. **Método:** estudio transversal, realizado de julio a septiembre 2015, con 500 mujeres inscritas en las Unidades Básicas de Salud del Distrito Sanitario V, del municipio de Recife, Pernambuco, Brasil. Para la recolección de datos se utilizó un formulario semiestruturado. En el análisis estadístico, se aplicó el test de Chi-Cuadrado, la Prueba Exacta de Fisher y, en el análisis multivariada, el modelo de Poisson y la estadística de Wald. **Resultados:** la prevalencia de conocimiento, actitud y práctica *adecuados* fue de 35,2%, 98% y 70,6%, respectivamente. El conocimiento *adecuado* fue asociado a no tener hijos, tener una renta familiar de dos salarios mínimos y religión espírita/afrobrasileña. **Conclusión:** las mujeres realizan el examen, lo juzgan necesario, pero no tienen conocimiento *adecuado*, lo que demuestra la necesidad de acciones educativas por los enfermeros y demás profesionales de salud.

**Descriptorios:** Enfermería; Salud de la Mujer; Neoplasias del Cuello del Útero; Prueba de Papanicolaou; Conocimientos, Actitudes y Práctica de Salud.

## INTRODUÇÃO

O número de casos novos de câncer de colo do útero ou câncer cervico-uterino (CCU) esperado para o Brasil em 2016 será de 16.340, ficando atrás apenas do câncer de mama (57.960 casos novos) e do câncer de cólon e reto (17.620 casos novos)<sup>(1)</sup>. A incidência do CCU é maior em países menos desenvolvidos. Geralmente, a doença se manifesta a partir dos 30 anos, aumentando o risco conforme a idade; seu pico etário é entre 50 e 60 anos<sup>(2)</sup>.

O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões precursoras do CCU é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), associado a fatores, como o fumo, a baixa condição socioeconômica, a multiparidade, a precocidade do início da atividade sexual, e múltiplos parceiros sexuais. A maioria das infecções por HPV regride espontaneamente em mulheres abaixo de 30 anos e, acima dessa idade, a persistência é mais frequente, ocasionando o surgimento da neoplasia<sup>(2)</sup>.

Com exceção do câncer de pele, o CCU é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura, e, quando diagnosticado no seu início, a mulher tem uma sobrevida aproximada de 70%. Para uma detecção precoce, a principal estratégia de programas de rastreamento do CCU é o exame citopatológico (Papanicolaou). No Brasil, é recomendada a realização desse exame em mulheres de 25 a 64 anos que iniciaram atividade sexual<sup>(2)</sup>. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com um intervalo anual<sup>(3)</sup>. Essas recomendações são preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), que atendem ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(2-3)</sup>.

Embora o exame seja disponibilizado na Atenção Básica, ainda existem mulheres que não o realizam. Muitas vezes, a doença é detectada em estágio avançado na primeira consulta, o que reduz as chances de cura<sup>(4)</sup>. É necessário que haja uma conscientização sobre a importância da realização do exame<sup>(5)</sup> e, assim, contribuir para o aumento da sua adesão<sup>(6)</sup>.

Apesar das ações educativas implementadas pelos profissionais das equipes de saúde, dentre eles, os enfermeiros, observa-se, em estudos realizados em outros cenários brasileiros, que o conhecimento das mulheres sobre o assunto ainda é limitado<sup>(7-9)</sup>, pois foi considerado *adequado* em apenas 40,4%<sup>(7)</sup>, 51%<sup>(8)</sup> e 36%<sup>(9)</sup> de seus relatos. Dessa forma, tornou-se necessário conhecer o contexto em que essas mulheres estão inseridas, por meio de um estudo epidemiológico no tema, para identificar essas limitações.

Sabendo-se que o exame de prevenção do CCU é o método de diagnóstico precoce dessa patologia, ao reconhecer a influência do conhecimento e da percepção da importância de adotar medidas preventivas adequadas em saúde (atitude) na transformação do comportamento pessoal para a conquista da promoção da saúde, compreende-se a relevância de traçar um diagnóstico de conhecimento, atitude e prática (CAP) das mulheres sobre a prevenção do CCU e apreender as dificuldades existentes relacionadas ao acesso e realização do exame. Essa investigação fornece subsídios que poderão colaborar para direcionar o planejamento e implementação de ações que promovam o CAP *adequados*, proporcionando o empoderamento da mulher sobre a manutenção de sua saúde e uma maior adesão ao exame.

Identificar o CAP dessas mulheres e os fatores associados ao CAP do exame preventivo do CCU norteará enfermeiros e outros profissionais da saúde, atuantes em contextos semelhantes, na elaboração

de estratégias educativas, mediante o levantamento do diagnóstico situacional da temática na comunidade, bem como os aproximará de sua realidade, propiciando uma melhor interação com essas mulheres.

## OBJETIVO

Avaliar o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino e investigar sua associação com as variáveis sociodemográficas.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – CAAE nº 44530415.3.0000.5208 e parecer nº 1.097.582. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### Desenho, local do estudo e período

Estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa, realizado no período de julho a setembro de 2015, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário (DS) V, da cidade de Recife, Pernambuco. Neste estudo, foi aplicado o inquérito CAP em mulheres sobre o exame de prevenção do CCU.

### População, amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta por mulheres cadastradas nas unidades de saúde pertencentes ao DSV. A amostra foi composta por 500 mulheres, calculada considerando um nível de confiança de 95%, erro amostral de 5%, população de 79.798 mulheres cadastradas nas UBS do DS V, na faixa etária dos 25 aos 64 anos, conforme recomendação do INCA/MS para o rastreio do CCU<sup>(3)</sup>, e a prevalência esperada, obtida pelo resultado de um estudo<sup>(7)</sup>, cuja a prevalência do CAP das mulheres sobre o exame citopatológico, foi de 45,3%<sup>(7)</sup>.

O cálculo do número de mulheres participantes em cada UBS foi feito de forma estratificada, de acordo com o número de equipes da unidade, garantindo a proporcionalidade. As participantes da pesquisa foram selecionadas por conveniência, seguindo a agenda de visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou, no momento em que as mulheres procuravam atendimento na UBS, exceto se fosse para realizar o exame de prevenção do CCU, por provavelmente terem recebido orientação quanto à realização do exame, e assim não influenciarem nos resultados da pesquisa.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Inclusão: mulheres com idade entre 25 e 64 anos que já tinham iniciado atividade sexual, conforme a recomendação do INCA/MS para o rastreio do CCU<sup>(2-3)</sup>.

Exclusão: mulheres que realizaram histerectomia por lesão precursora ou CCU; mulheres em tratamento contra o CCU por terem possível conhecimento prévio sobre a doença; mulheres que apresentaram algum déficit cognitivo, por estarem impedidas de responder às perguntas da entrevista; mulheres que não foram encontradas na sua residência após três tentativas de

visitas; e mulheres que compareceram na UBS para fazer o exame de prevenção do CCU, por provável orientação prévia quanto aos cuidados necessários antes da realização do exame.

### Protocolo do estudo

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário semiestruturado, adaptado<sup>(10)</sup>, composto por características sociodemográficas (variáveis independentes) e relacionadas ao CAP das mulheres sobre o exame de prevenção do CCU (variáveis dependentes). Foi realizado um estudo piloto com dez mulheres para a adequação do instrumento. Ao final da entrevista, todas as participantes receberam um *folder* explicativo sobre a temática, que foi lido pelas entrevistadoras (1 mestrande e 14 graduandas em Enfermagem). O CAP foi avaliado conforme a seguir:

O conhecimento foi *adequado*, quando a mulher referiu já ter ouvido falar sobre o exame, sabia que serve para detectar câncer em geral ou, especificamente, de colo uterino, sabia citar pelo menos um cuidado necessário para a realização do exame e sabia a periodicidade para sua realização; ou *inadequado*, quando referiu nunca ter ouvido falar do exame, ou já ter ouvido, mas não sabia que serve para detectar câncer, quando não sabia citar pelo menos um cuidado necessário para a realização do exame e sua periodicidade.

A atitude foi considerada *adequada* quando a mulher achava que a realização do exame era necessária ou *inadequada* quando achava que a realização do exame era pouco necessária/desnecessária/não sabia/não tinha opinião.

A prática foi *adequada* quando a mulher tinha realizado o exame de prevenção no máximo há três anos, retornou para receber o último resultado do exame realizado e buscou marcar um retorno para mostrar o resultado do exame; ou *inadequada* quando tinha realizado o último exame preventivo há mais de três anos, ou nunca tinha realizado o exame, ou não tinha retornado para receber o último resultado e/ou não buscou marcar um retorno para mostrar o resultado do exame.

### Análise dos resultados e estatística

O banco de dados foi digitado em dupla entrada no programa EPI INFO, versão 3.5.2 e foi realizada sua validação. Em seguida, foi exportado e analisado no software SPSS, versão 17. Para a avaliação do perfil sociodemográfico das mulheres foram calculadas as frequências percentuais das variáveis categóricas e construídas as respectivas distribuições de frequência. Nas variáveis contínuas, foram calculadas as estatísticas: mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Após a classificação do CAP em *adequado* ou *inadequado*, calcularam-se as prevalências da adequação em cada domínio avaliado, por meio do Teste Qui-Quadrado. Para avaliar os fatores do perfil sociodemográfico que influenciaram significativamente no CAP das mulheres, aplicou-se o Teste Qui-quadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas, aplicou-se o Teste Exato de Fisher.

A análise multivariada para o conhecimento *adequado* foi feita por meio do ajuste do modelo de Poisson com variância robusta. As variáveis foram incluídas no modelo inicial, de forma conjunta, e retiradas individualmente, repetindo-se a estimação do modelo para cada variável retirada, usando como critério o maior *p*-valor da estatística de Wald. Para a inserção no modelo, foi considerado o nível de significância menor do que 20% na estatística de Qui-quadrado para independência; para a permanência da variável no modelo, foi

considerado o valor de 0,05 da estatística de Wald. Todas as conclusões foram obtidas considerando o nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Dentre as características sociodemográficas das mulheres, verifica-se que a maioria possuía idade entre 40 e 59 anos (53,6%), tinha três ou mais filhos (33,6%), não trabalhava (60,2%), estudou até o ensino fundamental completo/incompleto (46%), vivia com renda familiar de 1 salário mínimo (43,1%), seguia a religião católica (50,8%) e considerava-se da cor parda/morena ou mulata (66%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas das mulheres cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário V, Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

| Fator avaliado                               | n                     | %         |
|--|-----------------------|-----------|
| Idade (anos)                                 |                       |           |
| 25-39  | 188                   | 37,6      |
| 40- 59                                       | 268                   | 53,6      |
| ≥60  | 44                    | 8,8       |
|  | Mínimo 25             |           |
|  | Máximo 64             |           |
|  | Média ± Desvio Padrão | 43,7±11,2 |
| Número de filhos                             |                       |           |
| 0  | 59                    | 11,8      |
| 1  | 113                   | 22,6      |
| 2  | 160                   | 32,0      |
| ≥3   | 168                   | 33,6      |
| Estado Civil                                 |                       |           |
| Solteira                                     | 160                   | 32,0      |
| Casada                                       | 195                   | 39,0      |
| União Estável                                | 97                    | 19,4      |
| Divorciada                                   | 22                    | 4,4       |
| Viúva  | 26                    | 5,2       |
| Trabalha                                     |                       |           |
| Sim  | 199                   | 39,8      |
| Não  | 301                   | 60,2      |
| Escolaridade                                 |                       |           |
| Não alfabetizada/Alfabetizada                | 16                    | 3,2       |
| Fundamental completo/incompleto              | 230                   | 46,0      |
| Médio completo/incompleto                    | 220                   | 44,0      |
| Superior completo/incompleto                 | 34                    | 6,8       |
| Renda familiar (salário mínimo) <sup>a</sup> |                       |           |
| Sem renda/ <1                                | 74                    | 14,8      |
| 1  | 215                   | 43,1      |
| 2  | 158                   | 31,7      |
| ≥3   | 52                    | 10,4      |
| Religião                                     |                       |           |
| Católica                                     | 254                   | 50,8      |
| Protestante                                  | 179                   | 35,8      |
| Outras                                       | 21                    | 4,2       |
| Sem religião                                 | 46                    | 9,2       |
| Cor  |                       |           |
| Branca                                       | 95                    | 19,0      |
| Negra  | 75                    | 15,0      |
| Parda/morena/mulata                          | 330                   | 66,0      |

Nota: <sup>a</sup> Salário mínimo vigente: R\$ 788,00.

**Tabela 2** - Avaliação da adequação do conhecimento, atitude e prática das mulheres acerca do exame de prevenção do câncer de colo uterino, Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

| Avaliação dos domínios         | Domínio avaliado |            |            | Valor de <i>p</i> <sup>a</sup> |
|--------------------------------|------------------|------------|------------|--------------------------------|
|                                | Conhecimento     | Atitude    | Prática    |                                |
| Adequado                       | 176(35,2%)       | 490(98,0%) | 353(70,6%) | <0,001                         |
| Não adequado                   | 324(64,8%)       | 10(2,0%)   | 147(29,4%) |                                |
| Valor de <i>p</i> <sup>b</sup> | <0,001           | <0,001     | <0,001     |                                |

Nota: <sup>a</sup>Valor de *p* do Teste Qui-quadrado para homogeneidade; <sup>b</sup>Valor de *p* do Teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

**Tabela 3** - Adequação do conhecimento, atitude e prática da mulher acerca da prevenção do câncer do colo uterino, segundo os fatores sociodemográficos, Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

| Fator avaliado                 | Domínio avaliado |                    |            |                    |            |                    |
|--------------------------------|------------------|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
|                                | Conhecimento     |                    | Atitude    |                    | Prática    |                    |
|                                | Adequado         | Valor de p         | Adequado   | Valor de p         | Adequado   | Valor de p         |
| Idade                          |                  | 0,509 <sup>a</sup> |            | 0,801 <sup>b</sup> |            | 0,259 <sup>a</sup> |
| 20 a 39 anos                   | 65(34,6%)        |                    | 185(98,4%) |                    | 140(74,5%) |                    |
| 40 a 59 anos                   | 92(34,3%)        |                    | 262(97,8%) |                    | 185(69,0%) |                    |
| 60 ou mais                     | 19(43,2%)        |                    | 43(97,7%)  |                    | 28(63,6%)  |                    |
| Número de filhos               |                  | 0,044 <sup>a</sup> |            | 0,936 <sup>b</sup> |            | 0,901 <sup>a</sup> |
| Nenhum                         | 30(50,8%)        |                    | 58(98,3%)  |                    | 43(72,9%)  |                    |
| 1 filho                        | 41(36,3%)        |                    | 110(97,3%) |                    | 82(72,6%)  |                    |
| 2 filhos                       | 49(30,6%)        |                    | 157(98,1%) |                    | 112(70,0%) |                    |
| 3 ou mais                      | 56(33,3%)        |                    | 165(98,2%) |                    | 116(69,0%) |                    |
| Estado Civil                   |                  | 0,073 <sup>a</sup> |            | 0,055 <sup>b</sup> |            | 0,123 <sup>a</sup> |
| Solteira                       | 54(33,8%)        |                    | 155(96,9%) |                    | 104(65,0%) |                    |
| Casada                         | 81(41,5%)        |                    | 194(99,5%) |                    | 140(71,8%) |                    |
| União Estável                  | 26(26,8%)        |                    | 95(97,9%)  |                    | 71(73,2%)  |                    |
| Divorciada                     | 9(40,9%)         |                    | 20(90,9%)  |                    | 20(90,9%)  |                    |
| Viúva                          | 6(23,1%)         |                    | 26(100,0%) |                    | 18(69,2%)  |                    |
| Trabalha                       |                  | 0,450 <sup>a</sup> |            | 1,000 <sup>b</sup> |            | 0,764 <sup>a</sup> |
| Sim                            | 74(37,2%)        |                    | 195(98,0%) |                    | 139(69,8%) |                    |
| Não                            | 102(33,9%)       |                    | 295(98,0%) |                    | 214(71,1%) |                    |
| Escolaridade                   |                  | 0,066 <sup>b</sup> |            | 0,594 <sup>b</sup> |            | 0,238 <sup>a</sup> |
| Não alfabetizado/ Alfabetizado | 2(12,5%)         |                    | 16(100,0%) |                    | 10(62,5%)  |                    |
| Fundamental                    | 73(31,7%)        |                    | 223(97,0%) |                    | 154(67,0%) |                    |
| Médio                          | 87(39,5%)        |                    | 217(98,6%) |                    | 162(73,6%) |                    |
| Superior                       | 14(41,2%)        |                    | 34(100,0%) |                    | 27(79,4%)  |                    |
| Renda familiar                 |                  | 0,011 <sup>a</sup> |            | 0,867 <sup>b</sup> |            | 0,698 <sup>a</sup> |
| Sem renda/< 1 SM <sup>c</sup>  | 14(18,9%)        |                    | 72(97,3%)  |                    | 49(66,2%)  |                    |
| 1 SM                           | 78(36,3%)        |                    | 210(97,7%) |                    | 156(72,6%) |                    |
| 2 SM                           | 65(41,1%)        |                    | 155(98,1%) |                    | 109(69,0%) |                    |
| 3 ou mais SM                   | 19(36,5%)        |                    | 52(100,0%) |                    | 38(73,1%)  |                    |
| Religião                       |                  | 0,018 <sup>b</sup> |            | 0,399 <sup>b</sup> |            | 0,886 <sup>b</sup> |
| Católica                       | 88(34,6%)        |                    | 248(97,6%) |                    | 183(72,0%) |                    |
| Protestante                    | 69(38,5%)        |                    | 177(98,9%) |                    | 124(69,3%) |                    |
| Outras                         | 11(52,4%)        |                    | 21(100,0%) |                    | 15(71,4%)  |                    |
| Sem religião                   | 8(17,4%)         |                    | 44(95,7%)  |                    | 31(67,4%)  |                    |
| Cor                            |                  | 0,884 <sup>a</sup> |            | 0,314 <sup>b</sup> |            | 0,804 <sup>a</sup> |
| Branca                         | 32(33,7%)        |                    | 93(97,9%)  |                    | 66(69,5%)  |                    |
| Negra                          | 28(37,3%)        |                    | 72(96,0%)  |                    | 51(68,0%)  |                    |
| Parda/morena/Mulata            | 116(35,2%)       |                    | 325(98,5%) |                    | 236(71,5%) |                    |

Nota: <sup>a</sup>Valor de p do Teste Qui-quadrado para independência; <sup>b</sup>Valor de p do Teste Exato de Fisher. <sup>c</sup>Salário mínimo vigente: R\$ 788,00.

**Tabela 4** - Ajuste do modelo de Poisson para o conhecimento adequado do câncer de colo uterino, Recife, Pernambuco, Brasil, 2015

| Fator avaliado                               | Conhecimento adequado |             |                         |
|--|-----------------------|-------------|-------------------------|
|  | RP                    | IC(95%)     | Valor de p <sup>a</sup> |
| Número de filhos                             |                       |             |                         |
| Nenhum                                       | 1,52                  | 1,11 - 2,08 | 0,009                   |
| 1 filho                                      | 1,04                  | 0,76 - 1,44 | 0,789                   |
| 2 filhos                                     | 0,90                  | 0,66 - 1,24 | 0,523                   |
| 3 ou mais                                    | 1,00                  | -           | -                       |
| Renda familiar (salário mínimo) <sup>b</sup> |                       |             |                         |
| Sem renda/<1                                 | 1,00                  | -           | -                       |
| 1  | 1,79                  | 1,08 - 2,96 | 0,025                   |
| 2  | 2,07                  | 1,24 - 3,47 | 0,005                   |
| ≥ 3  | 1,94                  | 1,08 - 3,50 | 0,027                   |
| Religião                                     |                       |             |                         |
| Católica                                     | 1,92                  | 0,99 - 3,73 | 0,053                   |
| Protestante                                  | 2,20                  | 1,13 - 4,27 | 0,020                   |
| Outras                                       | 2,66                  | 1,25 - 5,64 | 0,011                   |
| Sem religião                                 | 1,00                  | -           | -                       |

Nota: <sup>a</sup>Valor de p do testes de Wald. <sup>b</sup>Salário mínimo vigente: R\$ 788,00.

Na avaliação da adequação do conhecimento, atitude e prática das mulheres acerca da prevenção do CCU, evidencia-se que 35,2% das mulheres apresentaram conhecimento *adequado*, 98% apresentavam atitudes adequadas para a prevenção do CCU e 70,6% praticavam ações de prevenção ao câncer. Houve diferença estatística significativa entre a adequação do CAP acerca da prevenção do CCU, indicando que o conhecimento possui uma maior prevalência de não-adequação, enquanto a atitude e a prática apresentam prevalência significativamente maior de adequação (Tabela 2).

Quanto ao conhecimento, 99,6% das mulheres ouviram falar no exame, 73,8% sabiam que era para prevenir o CCU, 58% citaram um cuidado *adequado* para a realização do exame e 62,7% afirmaram que o exame deveria ser feito anualmente. Dentre as outras finalidades do exame, 16,2% delas citaram prevenir doenças, detectar DST/AIDS e corrimentos vaginais. Para a atitude, 98% consideraram necessária a realização do exame de prevenção do CCU. Com relação à prática, 94,6% aderem ao exame, 67,4% o fazem anualmente, 87% em um intervalo não superior a três anos, 61,2% realizaram nos últimos 12 meses; 85,8% retornaram para receber o resultado e 10,4% não o fizeram; 80,4% mostraram o resultado para o profissional de saúde e 15,6% não o mostraram.

Ressalta-se que entre as mulheres que não realizam o exame (5,4%), os principais motivos referidos foram: falta de interesse (32,4%), vergonha (17,6%) e falta de tempo/ausência de parceiro sexual (ambos com 14,7%). Não gostar do exame e sentir medo também foram referidos por 11,8% e 8,8% das mulheres, respectivamente. Algumas mulheres mencionaram mais de um motivo.

Na distribuição do conhecimento, atitude e prática *adequados* da

mulher acerca da prevenção do câncer do colo uterino, segundo o perfil sociodemográfico, nota-se que a adequação do conhecimento é significativamente influenciada pelo número de filhos que possui ( $p=0,044$ ), renda familiar ( $p=0,011$ ) e religião ( $p=0,018$ ), e observa-se uma maior associação ao conhecimento *adequado* nas mulheres que não tiveram filhos (50,8%), possuíam renda de 2 (dois) salários mínimos (41,1%) e seguiam outra religião, que não a católica ou a protestante (52,4%). Os demais dados sociodemográficos não apresentaram significância na determinação do conhecimento. Quanto à atitude e à prática, nenhuma variável apresentou associação com a prevalência de adequação (Tabela 3).

Na análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento *adequado*, observa-se que as variáveis que permaneceram conjuntamente significativas para a determinação do conhecimento *adequado* foram: número de filhos, renda familiar e religião. O grupo de mulheres que não tem filhos apresenta maior associação com o conhecimento *adequado* (52%) acerca do exame de prevenção do que o grupo de mulheres com 3 (três) ou mais filhos. Na comparação do grupo de mulheres que possui 1 (um) filho e 2 (dois) filhos com o grupo de mulheres que tem 3 (três) ou mais filhos, não houve diferença significativa da prevalência de conhecimento acerca do exame de prevenção.

Na comparação da prevalência de conhecimento *adequado* entre os grupos de renda familiar, o grupo de mulheres sem renda foi o que apresentou uma menor associação ao conhecimento *adequado*, enquanto aquelas com 1, 2 e 3 ou mais salários mínimos de renda familiar apresentaram, respectivamente, 79%, 107% e 94% a mais de associação com o conhecimento *adequado* acerca do exame de prevenção e, em todas as comparações com o grupo sem renda, a diferença foi significativa.

Quanto à religião, o grupo de mulheres sem religião foi o que apresentou menor associação ao conhecimento *adequado*. Ao comparar a prevalência com o grupo católico, o protestante e o grupo das que possuem outras religiões, verificou-se que o aumento na associação com o conhecimento *adequado* nesses grupos é, respectivamente, 92%, 120% e 166%. Ainda se observa que, na comparação com o grupo protestante e com o grupo que tem outras religiões, a diferença foi significativa ( $p=0,020$  e  $0,011$ , respectivamente) (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

As variáveis sociodemográficas do estudo mostram que a maioria das mulheres é de meia idade, multíparas, não trabalha, têm baixa escolaridade, são de baixa renda, católicas e de cor parda, morena ou miscigenada. Trata-se, portanto, de uma população carente, que reflete a desigualdade social existente no país. Conhecer a realidade da comunidade no tocante ao acesso à informação e ao nível de escolaridade é importante para que a Enfermagem possa traçar estratégias que tenham melhor alcance para as pessoas<sup>(11)</sup>.

Os resultados da pesquisa evidenciam que as mulheres têm atitude *adequada* sobre a necessidade de realização do exame; têm prática *adequada* porque realizam o exame, buscam o resultado e o mostram para um profissional de saúde, mas possuem conhecimento *inadequado* por nunca terem ouvido falar do exame de prevenção, ou já ouviram, mas não sabem da finalidade, não

souberam dizer um cuidado necessário para a sua realização e/ou sua periodicidade.

O desconhecimento sobre o CCU, a importância do seu diagnóstico precoce e do exame de prevenção não se restringe à realidade local, sendo referido em estudos internacionais em que as mulheres possuem um conhecimento baixo sobre a temática<sup>(12-14)</sup>, passam mais de três anos sem realizar o exame<sup>(12)</sup> ou não o realizam<sup>(13-14)</sup> por sentirem vergonha<sup>(13)</sup>, por falta de tempo<sup>(13)</sup> e recomendam a educação como estratégia para modificar esse cenário<sup>(12-13)</sup>, sendo o enfermeiro o principal responsável por essa atividade<sup>(12)</sup>.

Apenas 35,2% das mulheres deste estudo foram classificadas como tendo o conhecimento *adequado*, pois já ouviram falar no exame, mas desconhecem a sua finalidade, os cuidados antes da realização e/ou sua periodicidade. Realizam o exame porque é solicitado pelos profissionais das equipes de saúde<sup>(13)</sup> e esses, por sua vez, não promovem o conhecimento *adequado* por meio de educação em saúde, pois atingir a meta de exames realizados mensalmente garante o repasse financeiro ao Município<sup>(15)</sup>, uma preocupação que supera o incentivo à realização de ações educativas com a população.

Um estudo realizado em Fortaleza (CE), que objetivou avaliar o CAP do exame colpocitológico entre usuárias de uma UBS, obteve um resultado semelhante, constatando que apenas 40,4% obtiveram conhecimento *adequado*. A maior parte respondeu que a finalidade do exame era detectar DST, HIV e corrimentos vaginais. Ações educativas sobre o tema eram inexistentes, havendo um distanciamento do enfermeiro dessas atividades, em detrimento das consultas<sup>(7)</sup>.

Quanto à atitude, as mulheres possuem adequação (98%) e observa-se que muitas, apesar de não terem conhecimento *adequado*, possuem atitudes corretas com relação ao exame. Resultados semelhantes também são observados em outros estudos realizados em Uberaba-MG<sup>(11)</sup>, Picos-PI<sup>(16)</sup> e Juiz de Fora-MG<sup>(17)</sup> quando constataram que 98%<sup>(11)</sup>, 97,4%<sup>(16)</sup> e 88%<sup>(17)</sup> delas foram classificadas com atitude *adequada* frente ao exame. A atitude *adequada* pode interferir positivamente em uma boa prática de saúde<sup>(16)</sup>, pois reflete o que a mulher pensa sobre o exame, e achá-lo importante predispõe sua adesão.

A prática foi adequada em 70,6% das participantes, o que pode ser resultado de campanhas de saúde ou convites isolados. Uma pesquisa realizada em Iporá-GO apresentou um resultado semelhante, em que 67,6% das mulheres foram classificadas com prática *adequada* e a maioria delas (72,8%) realizam o exame em um intervalo não superior a três anos<sup>(7)</sup>. Em outra, realizada em Juiz de Fora-MG, 73,5% realizam o exame no intervalo mínimo de um ano, sendo consideradas com prática *adequada*<sup>(17)</sup>.

Nesta pesquisa, dentre as mulheres que não realizam o exame, o principal motivo relatado foi faltar interesse, sentir vergonha, não ter tempo nem parceiro, não gostar do exame e ter medo. O desinteresse leva à uma prática negativa e pode estar relacionado ao desconhecimento dos benefícios do exame e às crenças e mitos de cada mulher<sup>(18)</sup>. Algumas delas só procuram uma consulta com o profissional de saúde quando apresentam queixas ginecológicas, não tendo assim o hábito da prevenção<sup>(19)</sup> e outras, por não terem mais parceiro sexual, acreditam não ser mais necessário realizar o exame<sup>(20)</sup>.

Esses motivos são barreiras que despertam tensões emocionais, mas que podem ser superadas. Para isso, é necessário que o enfermeiro leve em consideração questões subjetivas, como o pensar e o sentir da mulher, sendo importante a formação de vínculo entre o profissional e a usuária. Essa relação é indispensável para minimizar esses sentimentos e incentivar a adesão ao exame<sup>(21)</sup>. Mulheres que recebem informação dos profissionais de saúde têm maior adesão ao exame quando comparadas àquelas que foram informadas por outras fontes<sup>(22)</sup>.

Quanto à associação entre os aspectos sociodemográficos e o CAP, a renda familiar apresentou associação significativa com o conhecimento. Mulheres que possuíam renda familiar de dois salários mínimos foram classificadas com conhecimento *adequado* sobre a prevenção do CCU quando comparadas àquelas de menor renda. Uma maior renda familiar proporciona mais acesso aos meios de comunicação e aos serviços de saúde, pois algumas utilizaram planos de saúde ou pagaram consulta particular para realizar o exame. As formas pelas quais a renda afeta a saúde podem ser observadas na aquisição de bens e serviços de saúde, acesso aos serviços de saúde, condições de moradia e educação<sup>(23)</sup>.

O número de filhos apresentou associação estatística com o conhecimento, uma vez que não ter filhos esteve associado a um conhecimento *adequado* sobre a temática. A ausência de filhos diminui a sobrecarga da mulher com os afazeres domésticos e, assim, sobra mais tempo para cuidar de si, estudar e participar de atividades educativas sobre a prevenção do CCU. Muitas mulheres procuram investir, inicialmente, na vida profissional para garantir um futuro melhor aos seus descendentes<sup>(24)</sup>.

A religião também obteve associação estatisticamente significativa com o conhecimento. Pertencer à classe espírita ou afro-brasileira foi relacionado com o conhecimento *adequado*. As crenças orientam e facilitam as decisões do cotidiano, contribuem para o apoio social, pois fornecem apoio emocional e até financeiro para seus membros, e estimulam a adoção de hábitos saudáveis, promovendo a saúde. Além disso, a religião propicia uma visão mais abrangente sobre a vida, pois sentir-se amado por Deus representa um fator fundamental e gera um melhor bem-estar físico e psíquico<sup>(25)</sup>.

A alta proporção de mulheres com conhecimento *inadequado* sobre a prevenção do CCU detectado na presente pesquisa evidencia a necessidade de a Enfermagem repensar sua prática preventiva no tocante à educação em saúde e, portanto, modificar a realidade dessas mulheres, para que se tornem agentes multiplicadores dentro e fora da comunidade. Dessa forma, podem incentivar mais mulheres, principalmente aquelas que

não realizam o exame ou o realizam fora da periodicidade recomendada, garantindo seu empoderamento no cuidado com sua saúde, refletido no conhecimento *adequado* sobre o CCU e na adesão ao exame de prevenção.

### Limitações do estudo

É necessário considerar o viés de memória das participantes ao responder o formulário, durante a entrevista, nas questões sobre a prática do exame preventivo.

### Contribuições para a Enfermagem

Cada mulher é um ser único e suas particularidades devem ser valorizadas pela Enfermagem, responsável pela coleta do exame na UBS. Deve-se adotar uma postura acolhedora por meio da construção de vínculo e identificação dos saberes e percepções que as mulheres têm acerca do exame. Isso levará a uma aproximação da realidade da mulher e uma maior interação entre profissional/usuária, permitindo ações de educação em saúde mais eficientes. É necessário que os profissionais dessa área exerçam seu papel de educadores na atenção básica, gerenciando melhor suas atividades, para que não haja o distanciamento das práticas educativas na comunidade.

### CONCLUSÃO

As mulheres do estudo apresentam algumas características sociodemográficas condizentes com fatores de risco para o desenvolvimento do CCU, como ter entre 40 e 59 anos e possuir três ou mais filhos. Somadas a isso, algumas condições desfavorecem as mulheres no acesso à realização do exame preventivo do CCU, como a baixa escolaridade e a baixa renda familiar. Dentre essas características, ter renda familiar de dois a três salários mínimos, não ter filhos e ser de religião espírita ou afro-brasileira estiveram associadas ao conhecimento *adequado*.

As participantes apresentaram prevalências de atitude e prática *adequadas* quando comparadas ao conhecimento, o que indica que realizam o exame dentro dos critérios recomendados pelo Ministério da Saúde, consideram-no necessário, mas desconhecem sua finalidade. Esses achados podem ser justificados pelo fato de haver um incentivo por parte dos profissionais de saúde para que realizem o exame preventivo do CCU. Contudo, as ações educativas que promovam conhecimento *adequado* precisam ser melhoradas, no sentido de atender às necessidades da mulher.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [cited 2016 Jan 7]. Available from: <https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-cancer/2015/estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [cited 2016 Jan 7]. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/recursos/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa\\_cancer\\_24042014.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/recursos/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf)
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de

- Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [cited 2016 Jan 7]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>
4. Melo EMF. A importância da realização do exame preventivo em mulheres acima dos 40 anos. Saúde Colet [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 10];8(54):249-52. Available from: [www.redalyc.org/pdf/842/84221108006.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/842/84221108006.pdf)
  5. Lucena LT, Zân DG, Crispim PTB, Ferrari JO. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde. 2011;2(2):45-50. doi: 10.5123/S2176-6223201100020007
  6. Oliveira WMA, Barbosa MA, Mendonça BOM, Silva AA, Santos LCF, Nascimento LCD. Adesão de mulheres de 18 a 50 anos ao exame colpocitológico na estratégia saúde da família. Rev Enf Ref. 2012;III(7):15-22. doi: 10.12707/RIII11139
  7. Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB, Castelo ARP, Costa LQ, Oliveira RG. Knowledge, attitude and practice related to the pap smear test among users of a primary health unit. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2011;19(1):97-105. doi: 10.1590/S0104-11692011000100014
  8. Silva MRB, Silva LGP. Knowledge, attitudes and practice in the prevention of cervix cancer among basic health unit west-RJ. Rev Pesq Cuid Fundam Online. 2012;4(3):2483-92. doi: 10.9789/2175-5361.2012.v4i3.2483-2492
  9. Santos AD, Santos PMA, Santos MB, Santos AMD. Conhecimento de mulheres sobre o câncer de colo uterino em um município do nordeste do Brasil. Rev Aladeffe [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 9];5(3):64-76. Available from: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladeffe/articulo/174/>
  10. Anjos SJSB. Vídeo educativo como tecnologia de apoio à prevenção do câncer de colo uterino [tese] [Internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2011 [cited 2016 Jan 9]. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7010>
  11. Mendes LC, Silveira CF, Silva SR. Conhecimento de mulheres a respeito do exame de papanicolaou e do autoexame das mamas. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 09];2(3):4-17. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/403/>
  12. Sogukpınar N, Saydam BK, Can HO, Hadımlı A, Bozkurt OD, Yücel U, et al. Assessment of cervical cancer risk in women between 15 and 49 years of age: case of Izmir. Asian Pacific J Cancer Prev. 2013;14(3):2119-25. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.3.2119
  13. Guvenc G, Akyuz A, Yenen MC. Effectiveness of Nursing Interventions to Increase Pap Smear Test Screening. Res Nurs Health. 2013;(36):146-57. doi: 10.1002/nur.21526
  14. Piwowarczyk L, Bishop H, Saia K, Crosby S, Mudymba FT, Hashi NI, et al. Pilot evaluation of a health promotion program for african immigrant and refugee women: The UJAMBO Program. J Immigr Minor Health. 2013;15(1):219-23. doi: 10.1007/s10903-012-9611-9
  15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Jan 9]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)
  16. Neri EAR, Moura MSS, Penha JC, Reis TGO, Aquino PS, Pinheiro AKB. Prostitutes' knowledge, attitude and practice concerning the papanicolaou test. Texto Contexto Enferm. 2013;22(3):731-8. doi: 10.1590/S0104-07072013000300020
  17. Afonso VW, Ribeiro LC, Bertocchi FM, Diniz ALL, Passos CS, Paula EA. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca de exames ginecológicos preventivos por trabalhadoras do terceiro setor. HU Revista [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 10];37(4):431-9 Available from: <http://hurevista.ujf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/1753>
  18. Silva SR, Silveira CF, Gregório CCM. Motivos alegados para a não realização do exame de papanicolaou, segundo mulheres em tratamento quimioterápico contra o câncer do colo uterino. Rev Min Enferm. 2012;16(4):579-87. doi: 10.15415-27622012000400014
  19. Santiago TR, Andrade MS, Paixão GPN. Knowledge and practice on Pap smear tests by women assisted at family health units. Rev Enferm UERJ. 2014;22(6):822-9. doi: 10.12957/reuerj.2014.6368
  20. Jorge RJB, Sampaio LRL, Diógenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LL. Fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou. Rev Rene [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 06];12(3):606-12. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4298>
  21. Peretto M, Drehmer LBR, Bello HMR. O não comparecimento ao exame preventivo do câncer de colo uterino: razões declaradas e sentimentos envolvidos. Cogitare Enferm. 2012;17(1):29-36. doi: 10.5380/ce.v17i1.26371
  22. Corrêa DAD, Villela WV, Almeida AM. Challenges to the organization of a cervical cancer screening program in Manaus-AM. Texto Contexto Enferm. 2012;21(2):395-400. doi: 10.1590/S0104-07072012000200018
  23. Di Lanna CC, Costa TV, Toledo Neto JL. Conhecimento sobre o câncer de colo uterino e o estigma acerca do Exame Papanicolaou. Rev Odontol (ATO). 2014;14(9):531-45.
  24. Martine G, Aves JED. Dinâmica demográfica e sua relevância econômica e social no Brasil: Implicações para o programa UNFPA 2011-2015. Brasília: UNFPA; 2011.
  25. Cortez EA. Influência da religiosidade e espiritualidade na saúde: reflexões para o cuidado de enfermagem. Online Braz J Nurs. 2012;11(Supl. 1):418-9. doi: 10.5935/1676-4285.2012S001