



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO**



**CONHECIMENTO E ATITUDES SOBRE CÂNCER DA MAMA E DO
COLO DO ÚTERO ENTRE TRABALHADORAS DA ÁREA DE SAÚDE**

GILBERTO ANDRADE TAVARES

Dissertação de Mestrado

Salvador (Bahia), 2012.

T231 Tavares, Gilberto Andrade
Conhecimento e atitudes sobre câncer da mama e do colo do útero entre trabalhadoras da área de saúde / Gilberto Andrade Tavares.
- Salvador, 2012.
113 f.

Orientador: Marco Antônio Vasconcelos Rêgo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina, 2012.

1. Neoplasias da mama. 2. Neoplasias do colo do útero. 3. Trabalho feminino. 4. Serviços de saúde. 5. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 6. Detecção precoce de câncer. 7. Prevenção primária
I. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. II. Rêgo, Marco Antônio Vasconcelos. III. Título.

CDU 618.1:614



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO**



**CONHECIMENTO E ATITUDES SOBRE CÂNCER DA MAMA E DO
COLO DO ÚTERO ENTRE TRABALHADORAS DA ÁREA DE SAÚDE**

GILBERTO ANDRADE TAVARES

Professor-orientador: MARCO ANTÔNIO VASCONCELOS RÊGO

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho

Salvador (Bahia), 2012.

COMISSÃO EXAMINADORA

Membros Titulares:

Lauro Antonio Porto, Doutor em Medicina e Saúde, Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia; Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Olívia Lúcia Nunes Costa, Mestre em Medicina (Obstetrícia e Ginecologia), Doutora em Medicina (Obstetrícia e Ginecologia) e Livre Docência na Universidade Federal da Bahia; Professora Associada III da Universidade Federal da Bahia.

Marco Antônio Vasconcelos Rêgo (Professor-orientador), Doutor em Epidemiologia, Professor Associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia; Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha grande companheira e esposa Janaína, aos meus queridos filhos Daniel e Eduardo e em memória à minha mãe, Elizabete e ao grande amigo Maxwell.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Bolsa de Estudo da CAPES.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por minha vida e a conquista desta meta, início de uma longa caminhada na vida acadêmica.

A minha querida esposa Janaína, principal incentivadora e companheira nas horas difíceis no percurso deste mestrado.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio dado e em especial a minha mãe e colega Dra. Elizabete Andrade Tavares.

A orientação do Professor Marco Rêgo que com cuidado e incentivo para buscar através do conhecimento a melhor forma possível para atingir os objetivos traçados na pesquisa.

As orientações do Professor Lauro Porto, tanto na banca para qualificação do projeto de mestrado, quanto durante a análise de dados da pesquisa e à Professora Olívia Costa nas sugestões da qualificação do projeto, ambos decisivos para o desenho final da análise dos dados.

Meus sinceros agradecimentos aos brilhantes acadêmicos de Medicina da Universidade Federal da Bahia Joelma Naide do Nascimento e Deivson Fábio Viana Santana Mundim, fundamentais na elaboração do questionário e também na coleta de dados para a pesquisa.

Aos meus colegas de mestrado que com as diversidades de vivências e idéias contribuíram direta ou indiretamente para esta pesquisa.

À SOS Vida, na figura de Dr. José Espiño que de maneira irrestrita abriu as portas da empresa para a pesquisa e nos apoiou em todas as etapas que se seguiram. Agradeço também à Dra. Marta Passos, Dra. Lucimar Ferro e Dr. Paulo Fernando que também nos auxiliaram na realização da pesquisa. A todos os líderes de equipe da SOS que incentivaram seus colaboradores a participarem das entrevistas.

Às diretoria da Saúdecoop, Inovar e Coopro pela disponibilização de seus espaços e contatos de seus cooperados para realização das entrevistas.

A todas as colaboradoras da SOS Vida e cooperadas entrevistadas e/ou contatadas. Muito obrigado por sua disponibilidade e a oportunidade de tê-las entrevistado, base de todo nosso esforço na construção dessa pesquisa.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS.....	viii
RESUMO.....	x
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	11
1 OBJETIVOS.....	12
2 INTRODUÇÃO.....	13
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
ARTIGO I: CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE CÂNCER DA MAMA ENTRE TRABALHADORAS DA ÁREA DE SAÚDE.....	26
ARTIGO II: CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO ENTRE TRABALHADORAS DA ÁREA DE SAÚDE.....	50
4 DISCUSSÃO.....	76
CONCLUSÕES.....	86
SUMMARY.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	100

ÍNDICE DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Distribuição das trabalhadoras da área de saúde segundo a participação ou não no estudo em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....	41
Tabela 2 - Características sociodemográficas das trabalhadoras da área de saúde em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....	42
Tabela 3 - Características ocupacionais das trabalhadoras da área de saúde em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....	43
Tabela 4 - Características das trabalhadoras da área de saúde em relação aos motivos para realização da mamografia em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....	44
Tabela 5 - Distribuição da população estudada de trabalhadoras da área de saúde em relação às barreiras para não realização da mamografia em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....	44
Tabela 6 - Razões de Prevalência (RP) entre conhecimento sobre câncer da mama e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para detecção precoce do câncer da mama e histórico familiar para câncer entre trabalhadoras da área de saúde de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....	45
Tabela 7 - Associação entre realização de consultas para detecção precoce do câncer da mama e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para detecção do câncer da mama e histórico familiar para câncer entre trabalhadoras da área de saúde de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....	46
Tabela 8 - Análise multivariada – Associação entre realização de consultas regulares para detecção precoce do câncer da mama e variáveis do modelo final entre trabalhadoras da área de saúde de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....	47
Tabela 9 - Associação entre realização de mamografia para detecção precoce do câncer da mama e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para detecção do câncer da mama e histórico familiar para câncer no geral e câncer da mama em trabalhadoras da área de saúde de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....	48
Tabela 10 - Análise multivariada – Associação entre realização de mamografia para detecção precoce do câncer da mama e variáveis do modelo final entre trabalhadoras da área de saúde de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região.....	49

ARTIGO 2

Tabela 1 - Distribuição das trabalhadoras da área de saúde segundo a participação ou não no estudo em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....68

Tabela 2- Características sociodemográficas das trabalhadoras da área de saúde em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....69

Tabela 3 - Características ocupacionais das trabalhadoras da área de saúde em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....70

Tabela 4 – Características das trabalhadoras da área de saúde em relação aos motivos para realização do exame de Papanicolaou em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....71

Tabela 5 – Distribuição da população estudada de trabalhadoras da área de saúde em relação às barreiras para não realização do exame de Papanicolaou em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....71

Tabela 6 – Razões de Prevalência (RP) entre conhecimento sobre câncer do colo do útero e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para prevenção primária do câncer do colo do útero e histórico familiar para câncer entre trabalhadoras da área de saúde de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....72

Tabela 7 - Associação entre realização de consultas para prevenção primária do câncer do colo do útero e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para prevenção primária do colo do útero e histórico familiar para câncer entre trabalhadoras da área de saúde de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....73

Tabela 8 – Associação entre realização do exame de Papanicolaou para prevenção primária do câncer do colo do útero e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para prevenção primária do câncer do colo do útero e histórico familiar para câncer em trabalhadoras da área de saúde de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....74

Tabela 9 - Análise multivariada – Associação entre realização do exame de Papanicolaou e variáveis do modelo final entre trabalhadoras da área de saúde de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.....75

RESUMO

CONHECIMENTO E ATITUDES SOBRE CÂNCER DA MAMA E DO COLO DO ÚTERO ENTRE TRABALHADORAS DA ÁREA DE SAÚDE

No Brasil, cerca de 53 mil e 17 mil novos casos são esperados de câncer da mama e do colo do útero em 2012, respectivamente. Na Bahia serão 2.100 novos casos de câncer da mama e aproximadamente 800 novos casos de câncer do colo do útero neste ano. Os principais exames para detecção precoce do câncer da mama e de prevenção primária do câncer do colo do útero são o exame clínico das mamas, mamografia e o exame de Papanicolaou. Foi realizado um estudo de corte transversal no período de maio a setembro de 2011 em uma empresa de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em Salvador e Lauro de Freitas, Bahia, com o intuito de avaliar o nível de conhecimento das trabalhadoras da área de saúde sobre as doenças e correlacionar este saber com a detecção precoce e prevenção primária do câncer da mama e do colo do útero. O nível de conhecimento sobre o câncer da mama esteve associado ao compartilhamento de resultados de exames de detecção precoce (RP= 1,53) e informações em geral (RP= 1,39) por parte do médico, enquanto o nível de conhecimento sobre o câncer do colo do útero foi associado à história familiar positiva para câncer (RP= 1,20) e ser profissional da área da saúde (RP= 1,17). O compartilhamento de informações pelo médico sobre o câncer da mama (OR= 3,40) e informações sobre o câncer do colo do útero (OR= 6,87) além do exame das mamas pelo mesmo profissional (OR= 4,45) foi associado à realização de consulta de prevenção. Os principais motivos que levaram essas profissionais a realizar a mamografia e o exame de Papanicolaou regularmente foram: consciência da prevenção, estar na idade de realizar, por ser parte dos exames de rotina, por solicitação médica e vontade própria. Conhecimento adequado sobre o câncer da mama (OR= 6,13), acesso aos serviços de saúde através de convênio particular ou empresa (OR= 5,40) e tempo de serviço maior que 10 anos (OR= 3,62) estiveram associados à realização da mamografia. Compartilhamento de informações pelo médico (OR= 7,85) e alto nível de escolaridade (OR= 5,33) estiveram associados à realização do exame de Papanicolaou regularmente. Entre aquelas que não realizavam a prevenção como recomendada, as principais barreiras foram: descuido, por falta de tempo, custo do exame, medo de ser mal tratada durante a realização do exame, considerar o exame desnecessário por não ter problemas ginecológicos e medo de descobrir doença. Em conclusão, nós encontramos uma atitude positiva das trabalhadoras da área de saúde quanto à realização da prevenção do câncer da mama e do colo do útero. É importante, contudo, incentivo das instituições formadoras e locais de trabalho dessas profissionais, tanto no setor privado como no setor público, para a educação continuada. Isto também é importante para elas, para que haja o repasse das informações corretas sobre detecção precoce do câncer da mama e prevenção primária do câncer do colo do útero para a população no geral.

Palavras-chave: 1. Câncer da mama; 2. Câncer do colo do útero; 3. Trabalhadoras de saúde; 4. Conhecimento; 5. Atitudes; 6. Detecção precoce; 7. Prevenção primária.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Este trabalho iniciou-se em no final do ano de 2007. Naquela época estava recém-ingresso na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) como professor substituto da Disciplina Medicina Social e Clínica I, sob a coordenação da professora Dra. Sumaia Boaventura André do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FMB. Na mesma época conheci o professor Dr. Marco Rêgo que, após conversa inicial, me recebeu de braços abertos para iniciar um projeto de pesquisa. Somou-se a isso a oportunidade de participar da seleção como aluno especial para o ano seguinte onde ingressei em duas disciplinas do Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho. Infelizmente meu primeiro projeto não foi aprovado no final daquele ano, mas, no ano seguinte submeti novamente com nova formatação e ingressei como aluno regular.

Com o decorrer do primeiro ano de mestrado e o aprofundamento do estudo sobre o tema, foi cada vez mais interessante a construção de um modelo para responder as principais hipóteses sobre o conhecimento de quem cuida e a transmissão desse conhecimento para quem é cuidado e, se este conhecimento é refletido na vida do cuidador. A construção dessa dissertação não foi fácil, haja vista os diversos desafios a serem superados. Inicialmente a necessidade da apropriação do método de investigação e a busca constante de artigos científicos sobre o tema para a composição de um projeto de dissertação viável e que atendesse o fim da pesquisa, além da minha necessidade de instrumentalização como pesquisador. No final de 2010, após diversas mudanças, foi possível construir um questionário que serviu de base para esta dissertação.

No início de 2011, após aprovação do comitê de ética, iniciou-se então a negociação com a empresa e as cooperativas que prestavam serviço para esta empresa onde foram coletados os dados. Com o empenho dos entrevistadores, foram então feitos centenas de contatos telefônicos com a maioria das trabalhadoras, visitas às cooperativas na vigência de cursos, entrevistas em locais públicos e no domicílio das trabalhadoras e, apesar das perdas pontuadas ao longo do texto, foi possível entrevistar uma grande parcela dessa população. No segundo semestre iniciou-se então a digitação e análise dos dados, fase de muitos erros, acertos e de aprendizado. Por fim acredito que tenha me empenhado ao máximo para que este trabalho seja mais uma pedra na construção do conhecimento sobre a prevenção do câncer.

1 OBJETIVOS

1. Principal

Avaliar o conhecimento e as atitudes sobre câncer da mama e de colo do útero entre trabalhadoras da área de saúde.

2. Secundários

1. Analisar o conhecimento das trabalhadoras da área de saúde em relação aos fatores de risco do câncer da mama e do colo do útero.
2. Analisar o conhecimento das trabalhadoras da área de saúde em relação aos sinais e sintomas do câncer da mama e do colo do útero.
3. Analisar o conhecimento das trabalhadoras da área de saúde em relação aos métodos de detecção precoce e prevenção primária do câncer da mama e do colo do útero.
4. Verificar as atitudes das trabalhadoras da área de saúde em relação aos métodos de detecção precoce e prevenção primária do câncer da mama e do colo do útero.
5. Descrever as características populacionais e individuais das trabalhadoras da área de saúde que interferem na detecção precoce e prevenção primária do câncer da mama e do colo do útero.

2 INTRODUÇÃO

Das 7,6 milhões de mortes por câncer (13% de todas as causas de mortes), aproximadamente 519.000 foram por câncer de mama feminina em todo mundo no ano de 2008. Mais de 70% destas mortes ocorreram em países com baixa ou renda mediana. A projeção de mortes causadas por todos os cânceres é de crescimento e em 2030 deve alcançar 11 milhões em todo o mundo (WHO, 2011). Em 2012, esperam-se, para o Brasil 52.680 casos novos de câncer da mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. A idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. Outros fatores de risco já estão bem estabelecidos, como aqueles relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), história familiar de câncer da mama e alta densidade do tecido mamário. Além desses, a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, também é considerada um fator de risco, particularmente durante a puberdade, segundo mostram alguns estudos (BRASIL, 2011a).

O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública no mundo. As mais recentes estimativas mundiais apontam para ocorrência de 529 mil casos novos em 2008, configurando-se no terceiro câncer mais comum entre as mulheres. Para o Brasil, no ano de 2012, esperam-se 17.540 casos, com um risco estimado de 17 casos por 100 mil mulheres. O principal fator para desenvolvimento de lesões intra-epiteliais de alto grau e do câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Hoje existem 13 tipos de HPV reconhecidos como oncogênicos pela Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC), órgão ligado à Organização Mundial da Saúde (OMS). Desses os mais comuns são os sorotipos 16 e 18. No entanto a presença do HPV não é o único fator para o desenvolvimento do câncer do colo do útero; outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar mecanismos ainda não bem estabelecidos na progressão da doença. A idade também influi especialmente após os 30 anos, a persistência da lesão é mais evidente. Outro fator modificável importante é o tabagismo, pois o risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero é maior quanto mais precoce for o início do hábito, havendo também uma relação dose-resposta com a quantidade de cigarros fumados por dia (BRASIL, 2011b).

Uma das principais barreiras à informação sobre a detecção precoce e prevenção primária dessas doenças são a disponibilidade, precisão das informações dadas e incentivo dos profissionais de saúde para a prática dos exames de prevenção por parte da população. Como afirmam Seah e Tan (2007), trabalhadores que atuam na área de saúde são fonte direta sobre informação médica para o público e para os pacientes. Por conta do seu contato freqüente com pacientes e suas famílias, estes são procurados para prover tais informações e conselhos sobre problemas de saúde, incluindo câncer. Isto se estende não só para os pacientes, mas também para os seus círculos familiares e de amizade. É essencial então, que a informação que eles tenham seja acurada e auxilie na construção da promoção à saúde

Durante sua formação, o profissional de saúde se apropria de conhecimentos que lhe serão úteis no decorrer de sua prática. Espera-se que este saber seja por ele incorporado, adotado e implementado também em seu cotidiano pessoal. Sobre a importância deste olhar para si e identificação das necessidades próprias, ressalta-se que “o ser que cuida necessita ser cuidado e estimulado a desbravar as fronteiras do cotidiano entrando em contato consigo mesmo, com suas potencialidades, com seus recursos e possibilidades” (BEGHINI et al., 2006).

Há necessidade de conhecimento das autoridades de saúde pública do Brasil sobre os fatores que interferem na adesão populacional aos métodos de detecção precoce e prevenção primária do câncer da mama e do colo do útero. Discute-se atualmente a formação acadêmica dos profissionais de saúde em relação ao lidar com a prevenção e tratamento destas patologias. Em consequência, a re-orientação dos serviços de saúde para sua responsabilização sobre o acolhimento da população para a realização dos exames de prevenção. Esta pesquisa propõe-se a estudar o nível de conhecimento e atitudes de trabalhadoras da área de saúde em relação à detecção precoce e prevenção primária do câncer de mama e do colo do útero e contribuir para a assistência da população para o assunto.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 CÂNCER DA MAMA: EPIDEMIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA, DETECÇÃO PRECOCE E ADESÃO AOS PROGRAMAS DE RASTREAMENTO.

O câncer da mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres; apresenta altas taxas de mortalidade com a expectativa de 548 mil óbitos no ano de 2007 (COSTA DE OLIVEIRA et al., 2009). A incidência estimada para este câncer na Tailândia em 1990 foi de 13,5 por 100.00 mulheres, sendo superado pelos cânceres do colo do útero e do fígado (VATANASAPT et al., 1995). Na Colômbia entre 1995 a 1999, as estimativas da incidência e da mortalidade por câncer da mama foram de 30 e 12,3 por 100.000 mulheres respectivamente, sendo superado pelo câncer do colo do útero e de estômago como principais causas de morte por câncer (PIÑEROS et al., 2006). No Brasil, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. Dados do INCA indicam que o número de casos esperados para 2008 foi de 49.400, com um risco estimado de 51 casos para cada 100 mil mulheres (COSTA DE OLIVEIRA et al., 2009). Em 2012 este número deverá aumentar para 52.680 casos novos de câncer da mama (BRASIL, 2012)

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer da mama são a idade, fatores genéticos (OLAYA-CONTRERAS et al., 1999; TOVAR-GUZMÁN et al., 2000; PINHO & COUTINHO, 2005; PINHO & COUTINHO, 2007; COSTA DE OLIVEIRA et al., 2009), fatores hormonais e da vida reprodutiva da mulher, tais como menarca precoce, menopausa tardia (PINHO & COUTINHO, 2005; COSTA DE OLIVEIRA et al., 2009), nuliparidade (HUNTER et al., 1997; OLAYA-CONTRERAS et al., 1999; PINHO & COUTINHO, 2005; PINHO & COUTINHO, 2007; COSTA DE OLIVEIRA et al., 2009), uso prolongado de contraceptivos orais (PINHO & COUTINHO, 2007); primeira gestação a termo tardia (HUNTER et al., 1997; TOVAR-GUZMÁN et al., 2000; PINHO & COUTINHO, 2005; COSTA DE OLIVEIRA et al., 2009) e não ter amamentado (OLAYA-CONTRERAS et al., 1999; TOVAR-GUZMÁN et al., 2000). Outros fatores modificáveis

também podem interferir, tais como dieta rica em gordura (McTIERNAN, 2003; PINHO & COUTINHO, 2005; CIBEIRA & GUARAGNA, 2006), sobrepeso, obesidade (GALANIS et al., 1998; McTIERNAN, 2003; PINHO & COUTINHO, 2005), pouca atividade física e consumo de álcool (McTIERNAN, 2003; PINHO & COUTINHO, 2007; COSTA DE OLIVEIRA et al., 2009). Fatores socioeconômicos, tais como nível educacional (HUNTER et al., 1997; KATZ et al., 2000; TOVAR-GUZMÁN et al., 2000) e baixa renda (KATZ et al., 2000) podem estar envolvidos nesta carcinogênese.

A carcinogênese é um processo de múltiplas e sucessivas etapas e pode ser desencadeada por várias exposições. Na fase de iniciação ocorrem mutações que possibilitam alterações do genoma e uma divisão celular mais rápida. Na fase de promoção, substâncias que mesmo sem alterar o DNA, estimulam a divisão celular acarretando aumento de probabilidade de mutações (MOLINA et al., 2003).

Os principais cânceres da mama são: Carcinoma ductal *in situ*, caracterizado pela presença de células cancerígenas que são detectadas e estão confinadas nos dutos mamários sem invasão do parênquima ou dos nódulos linfáticos; Carcinoma ductal infiltrativo (invasivo), é o tipo mais comum, correspondendo de 85% a 90% dos cânceres originados dos dutos mamários. Neste câncer as células cancerígenas emergem dos dutos e infiltram o parênquima; Carcinoma lobular infiltrativo (invasivo) corresponde a aproximadamente 10% de todos os cânceres da mama. As células cancerígenas estão nos lóbulos (glândulas mamárias) e invadem os tecidos adjacentes; Câncer da mama inflamatório é o tipo mais agressivo, correspondendo de 1% a 6% dos cânceres da mama. Há um rápido crescimento do tumor e na apresentação clínica já pode haver comprometimento de linfonodos axilares; Doença de Paget, forma rara (1% a 3% dos cânceres da mama primários), inicia com uma fissura no mamilo, associado ou não eritema e descarga mamilar. Este câncer pode estar associado ao Carcinoma Ductal *in Situ* (SMITH, 2007).

Para a detecção precoce do câncer da mama são utilizadas técnicas de exame das mamas por um profissional habilitado e a mamografia como exame complementar de padrão ouro. Até pouco tempo atrás também era incentivado o auto-exame das mamas, no entanto, pelas novas recomendações este exame está sendo abandonado haja vista a dificuldade de execução correta do exame por parte das mulheres na faixa de maior risco (entre 50 anos a 69 anos) e o adiamento e, por vezes, abandono da consulta médica e não realização da mamografia (BRASIL, 2011a).

Nos Estados Unidos da América (EUA) as recomendações da Força Tarefa de Serviços de Prevenção (Sigla em inglês *USPSTF*) são as seguintes: para mulheres entre 40

anos a 49 anos não é recomendado realizar mamografia rotineiramente; se indicado, iniciar o rastreamento bi-anualmente de acordo com o contexto do paciente (entre aquelas com risco aumentado para mutações genéticas ou história de irradiação local). Mamografia de rastreamento é recomendada bi-anualmente para todas as mulheres com mais de 50 anos. Mulheres acima dos 75 anos não é recomendado realizar a mamografia. As evidências são insuficientes para a recomendação somente do exame clínico da mama como método de rastreio do câncer da mama; as evidências mostram que o treinamento ou realização de auto-exame da mama de rotina não reduz a mortalidade por câncer da mama (CALONGE et al., 2009).

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda como principais estratégias de rastreamento populacional um exame de mamografia, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 anos a 69 anos e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 anos a 49 anos. O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. Para mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer da mama em parentes de primeiro grau) recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia anualmente, a partir de 35 anos (BRASIL, 2011a).

No entanto, a adesão aos programas de detecção precoce não é satisfatória. Alguns fatores podem influenciar nesta decisão da mulher sobre a sua saúde. Em um estudo realizado entre trabalhadoras no México as principais variáveis na aderência aos métodos de rastreio para o câncer da mama foram o maior nível de conhecimento sobre a utilidade deste rastreamento; a percepção que os serviços de saúde têm profissionais e equipamentos suficientes para realizar o exame clínico das mamas e mamografia; a percepção do tempo de espera adequado para realização de tais exames, independentemente do nível educacional, número de gestações, número de crianças vivas, carga de trabalho semanal ou renda familiar (WALL et al., 2008). Em outro estudo, mulheres norueguesas com maior nível educacional realizavam mamografia com maior assiduidade (BRAATEN et al., 2005). Em um estudo com mulheres com câncer da mama e controles sendo seus parentes de primeiro grau e o seguimento após um ano de aconselhamento para realização da mamografia, houve associação entre a realização dos exames de detecção precoce ($OR^a = 2,49$; IC 95%: 1,03-6,00^b) e as mulheres com melhor nível educacional (SCHWARTZ et al., 1999). Mulheres dos EUA de baixa renda (menos 18.000 dólares ao ano) não sabiam que descarga mamilar é um sinal comum de câncer da mama, baixas ingestão de nutrientes poderia aumentar o risco para câncer da mama e que traumas não causam câncer. A relação entre conhecimento e adesão

a. OR – Odds Ratio

b. IC 95% - Intervalo de Confiança a 95%

aos métodos de prevenção foi maior entre aquelas que demonstraram maior conhecimento (nove ou mais pontos, máximo de 12 pontos) do que aquelas com menos conhecimento (até quatro pontos) na percepção da susceptibilidade ao câncer e dos benefícios do rastreamento do câncer da mama ($p < 0,01^c$). Em sua maioria, as entrevistadas não identificavam que desvantagem econômica poderia ser um fator de risco para o desenvolvimento do câncer da mama (PRICE, 1994).

Alguns estudos mostram que mulheres de minorias étnicas, tais como afrodescendentes ou indígenas americanas com baixa escolaridade e renda apresentam taxas de mortalidade de câncer da mama superiores aos seus pares brancos (36,1 e 25,2 por 100.000 mulheres, respectivamente). Em termos globais, essas mulheres têm taxas de sobrevivência de cinco anos menos (78%) do que as mulheres brancas (91%). Vários estudos mostram que as mulheres das minorias étnicas são diagnosticadas com câncer de mama em fases posteriores do que as mulheres brancas (FAIR et al., 2010). Powe e Cooper (2008), entrevistando mulheres negras americanas e comparando os registros médicos com discurso das pacientes sobre a realização do exame clínico da mama no último ano, detectaram diferença de informações para o exame realizado há um ano de 59% (especificidade de 28% e sensibilidade de 16%); quinze por cento quando o exame foi realizado há mais de cinco anos (especificidade de 82% e sensibilidade de 0%). Isto indicou que não ocorreram casos em o exame clínico da mama tinha sido realizado e não foi documentado no prontuário médico durante este período de tempo. Em relação à mamografia, no último ano a diferença do informado pelas pacientes e o registro do prontuário foi de 31% (especificidade de 59% e 10% sensibilidade). Para os últimos dois a cinco anos a diferença foi de 40%, com sensibilidade de 53% e especificidade de 40%. Quando o exame foi realizado há mais de cinco anos, a diferença foi de 12%, com especificidade de 91% e zero por cento de sensibilidade.

Entre mulheres latinas, nascidas ou não nos EUA, as principais variáveis para não realização da mamografia na análise multivariada foram: etnia não latina (OR= 2,05; IC 95%:1,53-2,76), receber duas vezes menos do que o nível de renda estabelecido para o suporte de uma família (OR=1,69; IC 95%:1,33-2,14) e não ser casada (OR=1,35; IC 95%:1,11-1,63). Para não realização do exame clínico da mama, as variáveis foram: latinas nascidas no EUA (OR=1,38; IC 95%:1,06-1,81), etnia não latina (OR=2,29; IC 95%: 1,80-2,90), nível educacional menor que ensino médio (OR=1,49; IC 95%:1,16-1,92), receber duas vezes menos do que o nível de renda estabelecido para o suporte de uma família (OR=2,12; IC 95%:1,71-2,64) e não ser casada (OR=1,39; IC 95%:1,16-1,68) (RODRÍGUEZ et al.,

c. "p" – Valor-p

2005). Em outro estudo em Valência, Espanha, analisando a não adesão ao convite para realização da mamografia através do Programa de Prevenção do Câncer de Mama local, os principais motivos que as mulheres alegaram para não responder ao chamado foram: realização de mamografias prévias em outros serviços (48,8%), motivos pessoais (16,1%) e o horário marcado era inadequado (15,5%). A maioria delas (72,9%) considerava muito importante para sua saúde participar do programa e 21,9% como importante. Quarenta e quatro por cento manifestaram sua intenção em participar na próxima convocação (ALCARAZ et al., 2002).

3.2. CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: EPIDEMIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA, PREVENÇÃO PRIMÁRIA E ADESÃO AOS PROGRAMAS DE RASTREAMENTO.

Estima-se que mais de 80% dos casos e mortes atribuídas ao câncer do colo do útero ocorrem nas regiões em desenvolvimento (MOTTA et al., 2001; CASTRO-JIMÉNEZ et al., 2006; COOPER et al., 2007). A taxa de incidências nessas regiões é de 16,6 casos a cada 100.000 mulheres ao ano ao passo que em países desenvolvidos a taxa é de 13,6 casos a cada 100.000. As taxas de mortalidade são de 9,5 e 6,4 mortes a cada 100.000 respectivamente. (CASTRO-JIMÉNEZ et al., 2006). A incidência estimada para este câncer na Tailândia em 1990 foi de 23,4 por 100.00 mulheres, sendo o câncer mais incidente daquele ano (VATANASAPT et al., 1995). Na Colômbia entre 1995 a 1999 a estimativa da incidência e mortalidade do câncer do colo do útero foi de 29,4 e 18,4 por 100.000 mulheres respectivamente, sendo a principal causa de morte por câncer (PIÑEROS et al., 2006). Em 2001, o câncer do colo do útero ocupou a primeira posição entre os tumores malignos entre a população feminina mexicana, com uma taxa de mortalidade de 18,3 por 100.000 mulheres com 25 ou mais anos de idade (TIRADO-GÓMEZ et al., 2005). Na África do Sul a estimativa é de 30 casos do câncer do colo de útero a cada 100.000 mulheres ao ano (COOPER et al., 2007). Na Inglaterra entre os anos de 2007 a 2008 3,4 milhões de mulheres realizaram o Papanicolaou com testes anormais para 6,6% delas. Destas 16% tiveram lesões do colo do útero em algum grau (HUGHES, 2009). A estimativa no Brasil é que 20.000 mulheres ao ano desenvolverão o câncer do colo do útero (CANDIDO et al., 2006).

O principal fator de risco para desenvolvimento do câncer do colo do útero é a infecção pelo HPV, sigla em inglês do Papilomavírus Humano (KJÆR et al., 1997; FRANCO et al., 2001; PINTO et al., 2002; CANDIDO et al., 2006; COOPER et al., 2007). Existem pelo menos 120 tipos de HPV que estão associados a infecções em humanos (SICHERO & VILLA, 2006). A Agência Internacional para Estudo do Câncer (Sigla em inglês IARC) classifica os tipos 16 e 18 como carcinogênicos para humanos, os tipos 31 e 33 como provavelmente carcinogênicos e os demais tipos de HPV como possivelmente carcinogênicos, com exceção dos tipos seis e 11 (FRANCO et al., 2001; TIRADO-GÓMEZ et al., 2005; HUGHES, 2009). O mecanismo de carcinogênese do HPV ainda não é completamente compreendido. A integração do DNA viral ao genoma da célula hospedeira é, provavelmente, o passo mais importante nesta carcinogênese. A combinação da perda da regulação transcricional viral e a ativação da transcrição do DNA viral integrado podem levar a super-expressão de genes, que são essenciais ao desenvolvimento do câncer do colo do útero. Alternativamente, a integração do DNA do HPV pode estar associada ou a um proto-oncogene ou a um gene supressor de tumor. O efeito dessa associação poderia levar a progressão de um fenótipo maligno (RIVOIRE et al., 2006).

Fatores de risco que podem aumentar o risco deste câncer em sinergismo a infecção pelo HPV são: idade precoce na primeira relação sexual (MURTA et al., 1999; FRANCO et al., 2001; TIRADO-GÓMEZ et al., 2005; CANDIDO et al., 2006; COOPER et al., 2007; ROTELI-MARTINS et al., 2007), tabagismo, infecções ginecológicas não específicas (KJÆR et al., 1997; FRANCO et al., 2001; PINTO et al., 2002; SHIELDS et al., 2004; TIRADO-GÓMEZ et al., 2005; CANDIDO et al., 2006; HERNANDEZ & VGUYEN, 2008; HUGHES, 2009), comportamento sexual da mulher e de seus parceiros, número de parceiros sexuais (KJÆR et al., 1997; FRANCO et al., 2001; TIRADO-GÓMEZ et al., 2005; CANDIDO et al., 2006; COOPER et al., 2007; HERNANDEZ & VGUYEN, 2008; HUGHES, 2009), alta paridade (FRANCO et al., 2001; TIRADO-GÓMEZ et al., 2005), uso prolongado de contraceptivos orais (ROUSSEAU et al., 2000; FRANCO et al., 2001; PINTO et al., 2002; TIRADO-GÓMEZ et al., 2005) e imunossupressão (PINTO et al., 2002; HUGHES, 2009). Outros estudos mostram que nível educacional baixo (SHIELDS et al., 2004; CANDIDO et al., 2006; COUGHLIN et al., 2006), baixa renda (DIAS DA COSTA et al., 1998; ROUSSEAU et al., 2000; SHIELDS et al., 2004; TIRADO-GÓMEZ et al., 2005; CANDIDO et al., 2006; COUGHLIN et al., 2006; HUGHES, 2009), pouco acesso a serviços de saúde e baixo nível cultural (COUGHLIN et al., 2006) podem aumentar o risco para infecção por HPV. Estudando especificamente o HPV 16, Rousseau et al. (2000), constataram que houve

uma forte associação deste soro tipo com maior número de parceiros sexuais nos últimos cinco anos, uso de tampões higiênicos, número de gravidezes e uso de anticoncepcional oral.

As principais alterações histológicas para lesões do colo do útero atualmente são: atipias celulares, divididas em células atípicas de significado indeterminado, compreendendo células escamosas, glandulares e de origem indefinida, todos os tipos possivelmente não neoplásicos, não se podendo afastar lesão intra-epitelial de alto grau; em células escamosas, incluindo lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I - NIC I), lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III - NIC II e III), lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão e carcinoma epidermóide invasor; em células glandulares o *Adenocarcinoma in situ* e Adenocarcinoma invasor, sendo Cervical, Endometrial ou sem outras especificações. (BRASIL, 2006a). Outros tipos histológicos são de Carcinomas de células claras, pequenas células, células vítreas e Melanoma (HUGHES, 2009).

A maioria das infecções por HPV é transitória, sem resultar em mudanças celulares ou sintomas. O propósito do rastreamento, além de detecção de lesões do colo do útero em qualquer estágio, detecta e remove lesões de alto grau para prevenir a potencial progressão para carcinoma cervical. (SASLOW et al., 2002). O exame de Papanicolaou permite a detecção precoce de lesões precursoras de neoplasias do colo uterino, bem como as alterações citopáticas causadas pelo HPV. Dentre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer cervical uterino, sendo uma técnica amplamente difundida há mais de 40 anos (MOTTA et al., 2001; CANDIDO et al., 2006). Alguns estudos consideram que a realização do preventivo pode reduzir o risco para desenvolvimento e mortalidade do câncer do colo do útero pelo HPV (ROUSSEAU et al., 2000; SHIELDS et al., 2004; COUGHLIN et al., 2006; HUGHES, 2009). O Papanicolaou tem a sensibilidade para detecção de Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) de alto grau entre 70 a 80%. Os fatores que limitam esta sensibilidade são: lesão pequena, amostra sem a lesão, presença de poucas células anormais na lâmina, pequeno tamanho das células anormais, presença de inflamação e/ou sangue obstruindo a visualização das células. Resultados falso-negativos ocorrem mesmo em programas de rastreio de referência e podem não ser totalmente eliminados (SASLOW et al., 2002).

A Sociedade Americana do Câncer (ACS) nos EUA faz as seguintes recomendações no tocante à prevenção primária do câncer do colo do útero: iniciar o rastreamento aproximadamente após três anos da primeira relação sexual vaginal, mas nunca excedendo os

21 anos de idade; o Papanicolaou pode ser feito anualmente ou a cada dois anos em testes com meio líquido. Após os 30 anos de idade, mulheres que tiveram três exames seguidos normais podem ser rastreadas de dois a três anos, no entanto os testes podem ser mais frequentes para aquelas mulheres com certos fatores de risco tais como infecção por HIV ou baixa imunidade sistêmica; mulheres com mais de 70 anos que tiverem três ou mais exames normais e sem anormalidades nos últimos 10 anos podem optar em suspender este rastreamento; realização do Papanicolaou após histerectomia (com remoção do colo do útero) não é necessário a não ser que a cirurgia foi realizada como parte do tratamento de lesões cancerígenas ou pré-cancerígenas. Aquelas que mantiveram o colo do útero devem manter o rastreamento até os 70 anos de idade (SASLOW et al., 2002).

O Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra recomenda que todas as mulheres a partir dos 25 anos até os 49 anos de idade devem realizar o preventivo com uma frequência mínima de três anos. A partir dos 50 anos até os 64 anos a cada cinco anos. A partir dos 65 anos o exame é recomendado apenas se a mulher não tenha sido examinada desde os 50 anos de idade ou tiver tido testes anormais recentes (HUGHES, 2009). O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que toda mulher que tem ou já teve vida sexual deve submeter-se ao exame de Papanicolaou periódico, especialmente as que têm entre 25 anos a 59 anos de idade. Inicialmente, o exame deve ser feito anualmente. Após dois exames seguidos (com um intervalo de um ano), apresentando resultado normal, o exame de Papanicolaou pode passar a ser feito a cada três anos (BRASIL, 2011b).

Novas fronteiras na prevenção do câncer do colo do útero se abriram desde a introdução de vacinas contra os principais tipos do HPV. Por exemplo, vacina tetravalente (age nos tipos 6,11, 16 e 18) apresentou eficácia na erradicação de infecção persistente em 89% das mulheres seguidas em três anos de estudo; 100% das lesões do colo do útero desapareceram. Em outra vacina bivalente (tipos 16 e 18), a infecção persistente foi erradicada em 100% dos casos e as lesões do colo do útero foram reduzidas em 95% (LINHARES & VILLA, 2006). Estas são mais efetivas quando administradas antes do início da atividade sexual. Espera-se que com a vacinação em massa de pré-adolescentes e adolescentes até 75% dos cânceres do colo do útero sejam evitados (FRANCESCHI et al., 2003; NADAL & MANZIONE, 2006; TJALMA, 2006). A incidência do câncer do colo do útero será afetada após três ou quatro décadas de vacinação em massa (TJALMA, 2006). Médicos foram bastante receptivos quanto à perspectiva de vacinação, no entanto mostraram-se preocupados em relação a uma falsa sensação de proteção entre as adolescentes e fatores

socioculturais nas comunidades de atuação, podendo ser uma barreira à vacinação (SUSSMAN et al., 2007).

As recomendações atuais da ACS são: vacinação para meninas entre 11 anos a 12 anos e pode ser realizada até nove anos de idade e aquelas entre 13 anos e 18 anos que não foram vacinadas ou estão com calendário incompleto; não há evidências suficientes na vacinação de adolescentes entre 19 anos e 26 anos, podendo ser levado em consideração a exposição sexual dessa adolescente; a realização do exame de Papanicolaou deve ser mantida, independentemente de a mulher ser ou não vacinada. A vacinação não é recomendada para mulheres com mais de 26 anos ou homens. (SASLOW et al., 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde não adotou a vacinação contra o HPV pelos seguintes motivos: por existir importantes lacunas de conhecimento científico sobre a vacina; indicação atual da vacina está limitada à população feminina de 9 a 26 anos, mas como só confere imunidade para aquelas mulheres ainda não expostas aos HPV tipos 6, 11, 16 e 18, situação esperada apenas para mulheres que não iniciaram atividade sexual; exigência do desenvolvimento de nova infra-estrutura operacional e de vigilância epidemiológica, incluindo suporte laboratorial para identificação e monitoramento da circulação dos diversos tipos de HPV no país, ainda não disponíveis no SUS; gasto estimado para a vacinação de meninas na faixa etária de 11 a 12 anos, para uso durante um ano, para as três doses significaria um montante de 1,857 bilhão de reais (BRASIL, 2011b).

Alguns fatores podem interferir na adesão a prevenção primária deste câncer. Entre mulheres afrodescendentes americanas e hispânicas, aquelas que nunca haviam sido rastreadas, tinham menos conhecimento sobre os riscos associados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero. Adicionalmente, mulheres com menor educação tinham menor aderência às recomendações de rastreamento. Entre aquelas que tinham uma melhor posição socioeconômica, houve redução do risco de desenvolver a doença (ROGERS & CANTU, 2009). Em outro estudo que comparava a aderência à realização do exame de Papanicolaou entre mulheres latinas e não latinas, independentemente do grupo étnico, maior nível de educação indicava uma melhor aderência aos métodos de prevenção primária (OR=1,19; IC 95%: 1,16-1,23), assim como maior nível de renda familiar (OR=1,02; IC 95% 1,01-1,03) na realização do exame de Papanicolaou (ABRAÍDO-LANZA et al., 2004). Num estudo brasileiro, menor escolaridade foi associada a não realização do exame de Papanicolaou (OR=2,70; IC 95%: 1,5-4,84); o mesmo se repetiu (OR=2,63; IC 95%: 1,53-4,54) para aquelas mulheres tinham como chefe de família um trabalhador braçal sem especialização (OLIVEIRA et al., 2006).

3.3. SERVIÇO DE ATENÇÃO DE SAÚDE DOMICILIAR – RESUMO HISTÓRICO, CONCEITOS E NORMAS BRASILEIRAS.

A atenção domiciliar surgiu nos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália no fim do século XVIII. No Brasil surgiu em conjunto com o surgimento da primeira escola de enfermagem na cidade do Rio de Janeiro, no início do século XX. Ao longo das décadas estendeu-se para outras capitais brasileiras (MARTINS et al., 2009). Este modelo tem sido difundido por todo o mundo, tendo como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional (LACERDA et al., 2006). É também uma alternativa ao modelo hospitalar, devido aos seus altos custos sociais e econômicos, além de ser um meio de melhora da qualidade de saúde das populações (SILVA et al., 2005).

Por se tratar de um modelo recente no Brasil, há muitos termos utilizados para sua designação, como: “home health care”, “domiciliary care”, atendimento domiciliar à saúde, atenção domiciliar, enfermagem domiciliar, visita domiciliária, “nursing home”, “nursing care”, “home care nursing”, enfermagem residencial, cuidado domiciliar, internação domiciliar, cuidados médicos domiciliares, cuidados de saúde no domicílio, atendimentos médicos domiciliares e outros tantos. Muitos são utilizados como sinônimos, devido à tradução e à interpretação dos vocábulos “home care” ou “home health care” em português. Todavia, a oferta de serviços no domicílio, bem como a realização de atividades neste contexto, tem diferenças significativas (LACERDA et al., 2006).

Inicialmente, em 2002 foi promulgada no Brasil a lei nº 10.424 que estabelecia no âmbito do SUS o atendimento domiciliar e o Programa de Internação Domiciliar (BRASIL, 2002). Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Saúde (ANVISA) lançaram a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, publicada no D.O em 30/01/2006. Nesta resolução, são definidas algumas bases para o atendimento no domicílio:

Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

Plano de Atenção Domiciliar (PAD): documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar (BRASIL, 2006b; MARTINS et al., 2009). No mesmo ano, o MS regulamenta a Internação Domiciliar no âmbito do SUS através da Portaria No. 2.529 de 19 de Outubro de 2006. Este ato corrobora a importância deste serviço no âmbito da saúde no país (BRASIL, 2006c; MARTINS et al., 2009).

A principal intenção do Ministério da saúde é o de humanizar e garantir maior conforto à população. Nesta modalidade de assistência, as relações entre o cuidador e o paciente, este com a equipe, família e paciente e cuidador e família são estreitadas pelo vínculo criado, através das tecnologias leves, sendo válido para a melhoria do cuidado (SILVA et al., 2005). Este cuidado é feito de acordo com as necessidades do paciente, desde auxílio nas atividades de vida diária até procedimentos especializados com aparelhagem de alto custo. No entanto todo este aparato não dispensa a figura dos cuidadores familiares, parceiros importantes no cuidado, sendo o elo entre a equipe de saúde e os demais familiares (MACHADO et al., 2009). Na avaliação de Fialho et al. (2002), a participação da família no cuidado terapêutico do paciente, associado a ação do enfermeiro, é imprescindível, haja vista as necessidades de locomoção, déficit cognitivo, auto-cuidado e sobrevivência do paciente.

ARTIGO I

**CONHECIMENTO E ATITUDES SOBRE CÂNCER DA
MAMA ENTRE TRABALHADORAS DA ÁREA DE SAÚDE**

GILBERTO ANDRADE TAVARES

MARCO ANTÔNIO VASCONCELOS RÊGO

RESUMO

No Brasil, são esperados cerca de 53.000 casos de câncer da mama em 2012. Isso significa quase 30% de todos os tumores do sexo feminino. Entre esses casos, estima-se que 2.100 ocorram no estado da Bahia. O exame clínico das mamas e a mamografia devem ser realizados para detecção precoce do câncer da mama. Foi realizado um estudo de corte transversal no período de maio a setembro de 2011 em uma empresa de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em Salvador e Lauro de Freitas, Bahia, com o intuito de avaliar o nível de conhecimento das trabalhadoras da área de saúde sobre a doença e correlacionar este saber com a detecção precoce do câncer da mama. O nível de conhecimento foi mais associado ao compartilhamento de resultados de exames (RP= 1,53) e informações em geral (RP= 1,39) por parte do médico. A realização de consultas de detecção precoce do câncer da mama foi associada ao exame das mamas pelo médico ginecologista (OR= 4,45) e o compartilhamento de informações pelo mesmo profissional (OR= 3,40). As principais razões que levaram a essas profissionais a realizar a mamografia regularmente foram: consciência da prevenção, estar na idade de realizar, por ser parte dos exames de rotina, por solicitação médica e vontade própria. Conhecimento adequado sobre o câncer da mama (OR= 6,13), acesso aos serviços de saúde através de convênio particular ou empresa (OR= 5,40) e tempo de serviço maior que 10 anos (OR= 3,62) estiveram associados à realização da mamografia. Entre aquelas que não realizavam a prevenção como recomendada, as principais barreiras foram: descuido, por falta de tempo, custo do exame e medo de ser mal tratada durante a realização do exame. Em conclusão, nós encontramos uma atitude positiva das trabalhadoras da área de saúde quanto à realização da prevenção do câncer da mama. É importante, contudo, incentivo das instituições formadoras e locais de trabalho desses, tanto no setor privado como no setor público, para a educação continuada. Isso também é importante para elas, para que haja o repasse das informações corretas sobre detecção precoce do câncer da mama para a população no geral.

Palavras-chave: 1. Câncer da mama; 2. Trabalhadoras de saúde; 3. Conhecimento; 4. Atitudes; 5. Detecção precoce.

ABSTRACT

In Brazil, approximately 53,000 cases of breast cancer are expected in 2012. This means almost 30% of all female tumors. Among these cases, it is estimated that 2,100 occur in the State of Bahia. The clinical examination of breasts and mammography should be performed for early detection of breast cancer. It was performed a cross-section study in the period from May to September 2011 in a home care service (HCS) in Salvador and Lauro de Freitas, Bahia, in order to assess the level of knowledge of female healthcare workers about the disease and correlate this knowledge with the early detection of breast cancer. The level of knowledge was more associated with results of examinations (RP = 1.53) and general information (RP = 1.39) shared by the doctor. Consultations for the early detection of breast cancer was associated with the examination of breasts by the doctor (OR = 4.45) and information shared by the same professional (OR = 3.40). The main reasons why these professionals performed the mammogram regularly were: awareness of prevention, be in age to perform examination, as part of routine examinations, medical demand and own desire. Adequate knowledge about breast cancer (OR = 6.13), access to health services through private services (OR = 5.40) and length of service more than 10 years (OR = 3.62) were associated with the completion of the mammogram. Among those that did not performed the prevention as recommended, the main barriers were: neglect, lack of time, cost of the examination and fear of being badly treated during the examination. In conclusion, we found a positive attitude of healthcare workers regarding the implementation of the prevention of breast cancer. It is important, however, an encouragement of educational institutions and workplaces of these professionals, both in private and in public sector, for the continuing education. This is also important for them, for releasing correct information on early detection of breast cancer to the population in general.

Keywords: 1. Breast Cancer; 2. Health Workers; 3. Knowledge; 4. Attitudes; 5. Primary prevention.

INTRODUÇÃO

O câncer da mama é um importante problema de saúde pública em todo o mundo. As repercussões dessa doença não se limitam ao corpo da mulher, e são também de ordem econômica, psíquica e social. Trata-se da principal doença neoplásica do sexo feminino, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, com aumento das taxas de incidência naqueles países menos desenvolvidos (AGARWAL et al., 2007). Por exemplo, mais de 200.000 novos casos de câncer invasivo da mama e 55.000 casos de câncer *in situ* são diagnosticados anualmente nos Estados Unidos da América (EUA) (BRODY et al., 2005). No Brasil, cerca de 53 mil casos são esperados em 2012, o que significa quase 30% de todos os tumores do sexo feminino. Dentre esses casos, estima-se que 2.100 ocorram no estado da Bahia (BRASIL, 2012).

A difusão da mamografia como principal forma de prevenção deste câncer nos EUA aumentou nos últimos 25 anos. Estima-se que 63% das mulheres entre 50 a 69 anos realizam mamografia em média a cada 14 meses (KERLIKOWSKIE, 2009). Neste mesmo país, apesar do aumento na frequência da realização dos exames de detecção precoce do câncer da mama nas últimas décadas, as mulheres de baixa renda e as que compõem grupos étnicos minoritários têm sido menos rastreadas para câncer da mama que o restante da população. As principais barreiras para a realização da mamografia são a falta de um médico de referência, custo, falta de percepção de risco e medo de exposição à radiação (THOMPSON et al., 1997).

Outras questões apresentadas como barreiras aos métodos de prevenção são o pouco conhecimento sobre a doença, a cultura do indivíduo, o nível educacional e o medo do adoecimento e do morrer. Em um estudo entre mulheres hispânicas residentes nos EUA, em relação à percepção e conhecimento, revelou a relação entre o câncer no geral e a morte, medo e/ou doença mortal. Quando perguntadas sobre as fontes de informação sobre o câncer, metade das entrevistadas respondeu que receberam nenhuma ou mínima informação sobre o câncer da mama. (LUQUIS & CRUZ, 2006).

A análise de recursos de multimídia interativos em um estudo recente mostrou que aqueles recursos podem prover informações sobre saúde para mulheres de baixa educação e de minoria étnica. Os instrumentos utilizados expandiram o leque de ferramentas disponíveis para os educadores em saúde tal como materiais impressos, áudio, vídeo e outros recursos áudios-visuais. Esses recursos podem ser utilizados por educadores em saúde e ser uma ferramenta de manipulação de dados devido a sua capacidade de eletrônica de armazenamento. Futuramente poderá ser usados em outros assuntos além do câncer da mama (VALDEZ et al., 2002).

Portanto, para a adesão aos métodos de detecção precoce do câncer da mama, também são importantes a informação correta e o interesse do profissional de saúde. Em um estudo com enfermeiras em Cingapura, foi discutido que apesar de uma agressiva política pública de educação nacional sobre o câncer da mama e os benefícios na detecção primária, 1,5% das mulheres com câncer foram diagnosticadas com os estágios III e IV da doença. As enfermeiras, por serem importante grupo entre os profissionais da área de saúde, têm grande responsabilidade na educação pública em saúde. No entanto, pouco conhecimento ou conhecimento equivocado, podem perpetuar preconceitos comuns e resultar em diagnóstico e tratamento tardios (SEAN & TAN, 2007). Em um estudo entre médicos atuantes na rede pública e particular de saúde, demonstrou-se que o reconhecimento dos fatores de risco para o câncer da mama foi inadequado em relação às diretrizes do Ministério da Saúde. Essas recomendações de rastreamento do câncer da mama pareceram pouco claras aos médicos, com grande parte deles fornecendo respostas conflitantes. Os médicos identificaram escassez de equipamentos e o custo do exame como as principais barreiras à realização de mamografia (o que não coincidiu com a visão das mulheres atendidas). Os médicos pareciam receptivos a atividades de atualização (GODINHO & KOCH, 2004).

O objetivo desse estudo foi avaliar o conhecimento das trabalhadoras da área de saúde sobre o câncer da mama e estabelecer uma associação entre o conhecimento e a detecção precoce da doença.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado de maio a setembro de 2011, em uma empresa de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), situada em Salvador e em Lauro de Freitas, Bahia. Realizou-se um censo no qual foram entrevistadas 246 trabalhadoras da área de saúde, com idade entre 20 anos e 69 anos de idade (médicas, enfermeiras, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, odontólogas, farmacêutica, auxiliar de enfermagem, pessoal do serviço administrativo e do serviço geral).

As trabalhadoras responderam um questionário (Anexo A) dividido em blocos. Inicialmente foram coletados nome, endereço residencial e telefones da trabalhadora para facilitar o andamento da entrevista e posterior contato com as mesmas para divulgação dos resultados da pesquisa. Foram registradas variáveis sociodemográficas. A situação ocupacional também foi verificada. No segundo bloco foi pesquisado o conhecimento sobre

câncer da mama, onde foram abordados os principais fatores de risco, sinais e sintomas, métodos de detecção precoce e frequência para realização dos métodos de detecção.

Neste bloco, o questionário seguiu a lógica de pesquisa espontânea e induzida, ou seja, inicialmente a trabalhadora foi estimulada a responder sobre as questões conforme seus conhecimentos, sem apoio de alternativas. A resposta era correta quando a trabalhadora concordava com os parâmetros determinados no questionário; se a entrevistada não concordasse com estes parâmetros, a resposta era considerada incorreta. Os parâmetros foram definidos por revisão de literatura e as orientações do INCA (POWE et al., 2005; RODRÍGUEZ et al., 2005; FERREIRA & OLIVEIRA, 2006; LUIQUIS & CRUZ, 2006; SEAH & TAN, 2007; BRASIL, 2011).

Em seguida, a entrevistada foi questionada ativamente sobre os conhecimentos esperados. Novamente a resposta era correta quando a trabalhadora concordava com os parâmetros determinados no questionário; se a entrevistada não concordasse com estes parâmetros, a resposta era considerada incorreta. Na seqüência a entrevista focou o comportamento das entrevistadas no geral, tipo de acesso aos serviços de saúde e comportamento sobre a detecção precoce.

Foram perguntados os motivos e barreiras que influenciaram na realização da mamografia entre as trabalhadoras com indicação de realizar o exame. Finalmente o questionário foi encerrado com um bloco sobre antecedentes médicos, história obstétrica, história pessoal para câncer, métodos anticoncepcionais, uso de terapia de reposição hormonal, número de infecções ginecológicas tratadas ou não tratadas no último ano e história familiar para os cânceres citados; anotações sobre estatura e peso atual para o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) informados pela entrevistada.

Para a realização da coleta foi criada uma estrutura de recursos humanos com o objetivo de garantir a qualidade das informações coletadas. Essa estrutura era composta por um coordenador, que também atuou como entrevistador, e mais dois entrevistadores. Num primeiro momento, foi efetuada discussão dos instrumentos da entrevista, padronização de postura na entrevista e treinamento para utilização dos instrumentos de pesquisa (Anexo C). Num segundo momento, foi feito um estudo-piloto na empresa de SAD, com intuito de conhecer as dificuldades na aplicação da entrevista. Depois de nova conformação, foi efetivada a coleta dos dados em definitivo.

Os questionários preenchidos passaram por duas revisões. O entrevistador, logo após o término da entrevista, realizava a primeira revisão. Em seguida, ainda durante o mesmo turno da entrevista, os questionários eram revisados pelo coordenador. Uma vez considerados

adequados quanto à qualidade dos registros, os mesmos eram encaminhados à digitação. Em todas essas fases, quando os erros de preenchimento foram identificados (respostas em branco, inconsistências), as entrevistadas foram contatadas pessoalmente ou por telefone para a coleta de informações adequadas.

Análise dos dados

Inicialmente, foram descritas as características gerais da população (variáveis sociodemográficas e laborais), além dos motivos para realização ou não da mamografia entre as trabalhadoras com indicação de realizá-la através da frequência simples e porcentagem.

A variável independente principal “nível de conhecimento sobre o câncer da mama”, foi dicotomizada em nível adequado (mais de 70% de respostas corretas) e não adequado (menos de 70% das respostas corretas). Calcularam-se razões de prevalência considerando a realização de consultas de prevenção e da mamografia como variáveis dependentes. Num segundo momento, a variável “conhecimento sobre câncer da mama” foi caracterizada como dependente, e calcularam-se razões de prevalência (RP) para verificação de fatores associados. Realizou-se análise de regressão logística, utilizando-se um valor de “p” de 0,25 para a pré-seleção das variáveis para a entrada no modelo. Esta se baseou também em critérios de plausibilidade biológica. O procedimento utilizado foi o de trás para frente “backward”, para entrada no modelo o valor de α era de 0,15 e de 0,20 para remoção, com a intenção de preservar no modelo as variáveis mais importantes (SILVANY NETO, 2008). Nos modelos finais, considerou-se o resultado estatisticamente significativo quando o valor de “p” foi menor que cinco por cento. Foi utilizado o programa estatístico SPSS 13 (SPSS Inc, Chicago, IL, 2004) para a construção do banco de dados e análise.

Aspectos éticos

O estudo seguiu a orientação da declaração de Helsinque de 1989 e da resolução de 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de saúde e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), parecer 04/2011 (Anexo D). As entrevistadas e o coordenador do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo B).

RESULTADOS

Das 385 trabalhadoras da empresa de SAD, 246 (63,9%) participaram do estudo. A principal perda foi pelo fato da trabalhadora não ter sido encontrada. As demais razões estão descritas na Tabela 1. A maioria das trabalhadoras tinha de 20 anos a 29 anos de idade,

variando entre 20 e 58 anos, com média de 36,1 anos e mediana de 35 anos. Aproximadamente metade das trabalhadoras se declarou parda. Quanto à escolaridade, a maioria possuía ensino médio completo e 19,5% possuíam pós-graduação. Cento e vinte e sete possuíam até três filhos e 113 não tinham filhos. A maioria recebia entre um a cinco salários mínimos (Tabela 2). Em relação ao vínculo de trabalho junto à empresa, 146 eram cooperadas e 82 eram empregadas com carteira assinada. A maioria era composta por auxiliares de enfermagem. Cento e setenta e oito trabalhadoras possuíam entre um e nove anos de serviço (Tabela 3).

Para o grupo de trabalhadoras da área de saúde com indicação para realizar mamografia regularmente, os principais motivos que as levavam a realizar o exame foram: consciência da prevenção, estar na idade de realizar, por ser exame de rotina, solicitação médica e por vontade própria (Tabela 4). As barreiras que as impediam de realizar o exame, foram: descuido, falta de tempo, alto custo do exame e medo de ser mal tratada durante o exame (Tabela 5).

A maioria das trabalhadoras (64,6%) apresentou nível de conhecimento adequado sobre o câncer da mama. Este esteve mais associado ao compartilhamento de resultados de exames de detecção precoce do câncer da mama e informações em geral por parte do médico. Histórico familiar positivo para câncer da mama também pode estar envolvido (Tabela 6). Entre as trabalhadoras que estavam diretamente ligadas à assistência aos pacientes (n=203), cento e oitenta e três realizavam consultas de detecção precoce para o câncer da mama regularmente. Esta foi associada ao médico ginecologista ter o hábito de examinar as mamas, de compartilhar informações e compartilhar os resultados dos exames de detecção precoce do câncer da mama. Essas variáveis e o fato da trabalhadora ter experiência profissional com câncer da mama foram levados para segunda fase de análise multivariada. As demais variáveis não foram relevantes (Tabela 7). Na análise multivariada, mantiveram-se as associações entre a realização de consultas de detecção precoce do câncer da mama com o exame das mamas pelo médico ginecologista, com o *Odds Ratio* (OR) igual a 4,45 e o compartilhamento de informações pelo mesmo profissional (OR= 3,40).

Entre as trabalhadoras que lidavam diretamente com assistência aos pacientes, com indicação para realização da mamografia (n=74), a maioria (87,8%) realizava regularmente. A realização do exame esteve associada a: conhecimento adequado sobre câncer da mama, acessos aos serviços de saúde por convênio particular ou da empresa e tempo de serviço maior ou igual a 10 anos. Essas variáveis, em conjunto com escolaridade maior ou igual ao superior incompleto e experiência profissional com câncer da mama, foram levadas para

segunda fase de análise multivariada (Tabela 9). Na análise multivariada (Tabela 10), mantiveram-se associações entre a realização de mamografia e conhecimento adequado sobre o câncer da mama (OR= 6,13), acesso aos serviços de saúde através de convênio particular ou empresa (OR= 5,40) e tempo de serviço maior que 10 anos (OR= 3,62).

DISCUSSÃO

O fato de o médico ginecologista compartilhar os resultados dos exames e informações sobre câncer da mama apresentou relação com aumento do conhecimento sobre câncer da mama entre as trabalhadoras. Este achado está de acordo com vários estudos sobre o assunto. Em um estudo nos EUA, comparando-se duas amostras de mulheres da população geral, entre aquelas que discutiam os parâmetros para o rastreamento do câncer da mama com seus médicos, houve maior taxa de adesão à realização da mamografia (ROETZHEIM et al., 1994). Entre mulheres com mais de 65 anos, o aumento da habilidade na comunicação médico-paciente foi muito efetiva na estratégia de aprendizado sobre o câncer da mama, o que aumentou as taxas de rastreamento da doença no geral (FOX et al., 1994). Numa população semelhante, também houve associação entre a recomendação médica e a realização da mamografia entre essas mulheres (SCHONBERG et al., 2007).

Em um estudo de intervenção educacional sobre câncer da mama entre mulheres imigrantes nos EUA, após o período de cinco meses de sessões sobre a importância do rastreamento e saúde da mama, houve um nítido aumento no conhecimento sobre o câncer da mama ($p < 0,01$) e com maior impacto quando relacionado à indicação precoce da mamografia ($p < 0,001$) pelo médico que as acompanhava (YI & LUONG, 2005). Extensa meta-análise realizada por Legler et al. (2002) traz, entre outros resultados, que intervenções direcionadas individualmente em serviços de saúde mostraram efeitos impressionantes na realização da mamografia, entre outros fatores, com fortes motivadores as recomendações do médico e outros profissionais de saúde para a realização do exame.

Maior conhecimento foi também relacionado à história familiar positiva para câncer da mama. Este dado foi pouco abordado pelos estudos revisados, sendo os resultados conflitantes. Em um estudo realizado entre mulheres com diagnóstico de câncer, a realização de mamografia foi 28,1% maior ($p < 0,001$) entre as mulheres que tinham parentes com câncer da mama do que aquelas mulheres que não tinham histórico na família (SOUZA et al., 1998). No estudo de Roetzheim et al. (1994) histórico familiar positivo para câncer da mama não influenciou na aderência aos métodos de rastreamento.

No presente estudo, houve fraca associação entre a experiência profissional com o câncer da mama e conhecimento sobre este câncer. Esses dados são semelhantes a alguns estudos internacionais. Nos EUA, foi realizado um estudo com estudantes universitárias, incluindo estudantes de enfermagem, utilizando-se um instrumento denominado de Pesquisa do Conhecimento e Percepções sobre Câncer de Mama (*Breast Cancer Perceptions and Knowledge Survey* – BCPKS) adaptado de um instrumento maior, o Modelo de Crença na Saúde (*Health Belief Model*) que contempla o conhecimento, a susceptibilidade, severidade, barreiras e benefícios aos métodos de detecção precoce do câncer da mama. Nesse estudo, apenas o bloco sobre o conhecimento foi utilizado. O nível de conhecimento em câncer da mama no geral foi de 7,48 (máximo de 12 pontos) com acerto de 62%. As estudantes de enfermagem tiveram um menor acerto (7,46) em comparação às outras estudantes (7,50). Na análise univariada, utilizando a idade como co-variável, não demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p= 0,312$) entre os grupos (POWE et al., 2005). Em um estudo no Irã na população feminina geral e utilizando o BCPKS, a média de acertos para a percepção do câncer da mama e conhecimento foi de cinco (máximo de 10 pontos) com acerto de apenas 45,6% (PARSA & KANDIAH, 2005).

Ainda em relação ao conhecimento, no estudo de Sean e Tan (2007), a maioria das enfermeiras declarou ter alguma experiência com câncer da mama (77%). No entanto, sobre a progressão da idade e uso de terapia de reposição hormonal (TRH), 32% e 37% das enfermeiras não sabiam que estes eram fatores de risco para o câncer da mama, respectivamente. Nos EUA em um estudo entre médicos, médicos residentes e enfermeiras, 90% dos profissionais se declaram aptos a indicar corretamente as pacientes que deveriam realizar a mamografia e a frequência do exame. Tomando com base as diretrizes da *American Cancer Society* (ACS) e Força Tarefa de Serviços de Prevenção (USPSTF) aproximadamente 98% dos profissionais sabiam que a mamografia é efetiva na redução da mortalidade entre mulheres entre 50 a 69 anos, mas apenas 38% sabiam que o exame não é efetivo nas maiores de 70 anos. Entre mulheres com história familiar para câncer da mama entre parentes do primeiro grau, para a maioria (56%), a indicação do rastreamento deveria ser iniciada aos 30 anos (JOHNSON et al., 1998). Em outro estudo no Brasil envolvendo médicos clínicos, não houve acerto em relação aos métodos de prevenção para o câncer da mama pelo INCA, pela ACS ou pela *Canadian Task Force* (CTF). Os resultados mostraram que os médicos solicitavam 83,8% mais mamografias do que o adequado. Ao mesmo tempo, houve um déficit de 16,2% nas solicitações das mamografias para mulheres com indicação de realizá-la (TUCUNDUVA et al., 2004).

No presente estudo, não foi encontrada influência da progressão do tempo de serviço sobre o nível de conhecimento do câncer da mama. Outros estudos mostraram conflitos com os resultados apresentados. Médicos de um serviço universitário, comparados aos médicos residentes, sabiam mais que estes em relação ao aumento do risco do câncer nas classes sociais com menor poder econômico (24% e 4% respectivamente $p < 0,10$), que o auto-exame (54% e 20% respectivamente, $p < 0,05$) e mamografia em maiores de 70 anos (60% e 24% respectivamente, $p < 0,05$) não reduziam a mortalidade (JOHNSON et al., 1998). Médicas norte-americanas que tinham mais de 15 anos de serviço mostraram maior conhecimento do que aquelas com menos tempo de serviço (JAIN et al., 2006). Outro estudo cita o tempo de serviço dos trabalhadores, mas não o correlaciona ao nível de conhecimento sobre câncer da mama (LURIE et al., 1997).

Consciência da prevenção, estar na idade para realizar o exame, por ser um exame de rotina, solicitação médica e vontade própria, foram os principais motivos que levaram a realização da mamografia regularmente. Na análise multivariada, conhecimento adequado sobre o câncer da mama, acesso aos serviços de saúde através de convênios particulares e tempo de serviço maior do que 10 anos influenciaram positivamente para a realização da mamografia. Estes dados foram condizentes com outros estudos na literatura. Entre mulheres provenientes de países asiáticos e de ilhas do pacífico, observaram-se associações estatisticamente significantes entre a realização da mamografia por ter sido avaliada por um médico no último ano (OR= 5,6; IC 95%: 3,7-8,4^a) e possuir um convênio de saúde (OR= 2,1; IC 95%: 1,2-3,7). Neste mesmo estudo, os fatores que levaram a realização do exame clínico da mama foram: não estar apta para o trabalho (OR= 4,8; IC 95%: 1,4-15,9), ter sido avaliada por um médico no último ano (OR= 4,3; IC 95%: 2,8-6,5) e possuir um convênio de saúde (OR= 2,8; IC 95%: 1,5-5,0) (COUGHLIN & UHLER, 2000).

Em um estudo entre mulheres com tumor da mama na zona rural dos EUA, foi estudada a atitude em realizar mamografia de seguimento. Foram observadas associações com ser afrodescendente americana (OR= 1,46; IC 90%: 1,07-2,00^b), discussão pelo médico sobre seu risco para desenvolver câncer da mama (OR= 1,51; IC 90%: 1,14-2,00) e realização de mamografia prévia (OR= 0,63; IC 90%: 0,44-0,89) (ALTPETER et al., 2005). No Brasil entre as mulheres que realizavam a mamografia regularmente os principais motivos foram: a importância de se tranquilizar e o autocuidado (FERREIRA & OLIVEIRA, 2006).

Entre as trabalhadoras que não realizavam a mamografia regularmente, mesmo quando indicado, os principais fatores foram: descuido, falta de tempo, custo do exame e medo de ser mal tratada durante a realização do exame. No estudo de Johnson et al. (2008), as principais

barreiras para a realização da mamografia pelos pacientes na visão dos profissionais de saúde foram: medo da dor ou desconforto (91%); pouco entendimento sobre os benefícios da detecção precoce (89%); percepção que a mesma não está em risco para o desenvolvimento do câncer da mama (85%); dificuldades para transporte (79%); custo do exame (72%) e medo que a mamografia possa causar câncer (47%). No estudo de Sean e Tan (2007), 21% das enfermeiras entrevistadas acreditavam que estariam imunes ao câncer da mama se não possuíssem nenhum fator de risco. Cinco por cento das trabalhadoras acreditavam que a radiação emitida pelo mamógrafo poderia ser um fator de risco e 12% não tinham certeza.

Médicos brasileiros, quando interrogados quanto a possíveis barreiras para o adequado exercício do rastreamento do câncer, consideraram falta de agentes educadores em saúde para a população (82,9%) e sua própria falta de conhecimento ou treinamento (77,1%) para fazer este tipo de rastreamento (TUCUNDUVA et al., 2004). Em um estudo populacional no Irã, a atitude na rotina de rastreio do câncer da mama foi pobre em 10,4% das mulheres, moderada para 10,1% e boa atitude para 79,5% das entrevistadas. As principais barreiras para realização dos exames foram: pouco conhecimento de como realizá-lo (48%), esquecimento (20%), medo de encontrar uma massa (17%), não achar necessário (9%) e pouco tempo disponível (4%) (PARSA & KANDIAH, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo agrega algumas informações ao conhecimento corrente sobre atitudes de prevenção do câncer da mama. Traz dado sobre o conhecimento prático das trabalhadoras de saúde sobre o assunto em relação às atuais diretrizes do INCA. Chama a atenção também como o meio pode interagir com fatores sociais e pessoais, podendo ser cruciais no entendimento da atitude em saúde preventiva do câncer da mama.

Os principais motivos que levaram essas profissionais a realizar a mamografia regularmente foram à consciência da prevenção, estar na idade de realizar, por ser parte dos exames de rotina, por solicitação médica e vontade própria. Nesta perspectiva, o conhecimento adequado sobre o câncer da mama, o acesso aos serviços de saúde através de convênio particular ou da empresa e tempo de serviço maior que 10 anos contribuíram positivamente para a realização do exame. Para a minoria, que não realizava a prevenção como recomendada, as principais barreiras foram: descuido de sua saúde, falta de tempo, custo do exame e medo de ser mal tratada durante a realização do exame.

Em conclusão, nós encontramos uma atitude positiva das trabalhadoras da área de saúde quanto à realização da prevenção do câncer da mama; recomenda-se, entretanto, cautela quanto à generalização desses resultados mesmo para outras trabalhadoras da saúde, em função de algumas importantes limitações do estudo. Citam-se principalmente o tamanho da população estudada e as perdas. Outros estudos com maior número de profissionais são necessários para corroborar os dados aqui estudados. É importante, o incentivo das instituições formadoras e os locais de trabalho dessas profissionais, tanto no setor privado como no público, para a educação continuada. Isso também é importante para elas, para que haja o repasse de informações corretas sobre a detecção precoce do câncer da mama para a população no geral.

REFERÊNCIAS

AGARWAL, G. PRADEEP, P.V. AGGARWAL, V. YIP, C.H. CHEUNG, P.S. Spectrum of breast cancer in Asian women. *World Journal of Surgery*, 31(5):1031-40, 2007.

ALTPETER, M. MITCHELL, J. PENNELL, J. Advancing Social Workers' Responsiveness to Health Disparities: The Case of Breast Cancer Screening. *Health & Social Work*, 30(3): 221-32, 2005.

BRASIL. Tipos de câncer: Mama. *Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde*. Disponível em <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>> Acesso em 12 de dez 2011.

_____. Estimativa 2012. Incidência de Câncer no Brasil. *Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde*. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>. Acesso em 06 de mar 2012.

BRODY, J.G. TICKNER, J. RUDEL, R.A. Community-Initiated Breast Cancer and Environment Studies and Precautionary Principle. *Environmental Health Perspectives*, 113 (8): 920-5, 2005.

COUGHLIN, S.S. UHLER, R.J. Breast and Cervical Cancer Screening Practices among Asian and Pacific Islander Women in the United States, 1994-1997. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, 9: 597-603, 2000.

FERREIRA, M.L.M. OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1): 5-15, 2006.

FOX, S.A. SIU, A.L. STEIN, J.A. The importance of physician communication on breast cancer screening of older women. *Archives of Internal Medicine*, 154 (18): 2058-68.

GODINHO, E.R. KOCH, H.A. Rastreamento do câncer de mama: Aspectos relacionados ao médico. *Radiologia Brasileira*, 37(2): 91-99, 2004.

JAIN, N. IRWIN, K.L. MONTANO, D. KASPRZYK, D. CARLIN, L. FREEMAN, C. BARNES, R. CHRISTIANN, J. WOLTERS, C. Family Physicians' Knowledge of Genital Human Papillomavirus (HPV) Infection and HPV-related Conditions, United States, 2004. *Family Medicine*, 38(7): 483-9, 2006.

JOHNSON, K. M. TAYLOR, V.M. LESSLER, D. THOMPSON, B. GOLDBERG, H. Inner city primary care provider's breast cancer screening knowledge: implications for intervention. *Journal of Community Health*, 23 (1): 1-13, 1998.

KERLIKOWSKE, K. Evidence-Based Breast Cancer Prevention: The Importance of Individual Risk. *Annals of Internal Medicine*, 151(10): 750-2, 2009.

LEGLER, J. MEISSNER, H.I. COYNE, C. BREEN, N. CHOLLETTE, V. RIMER, B.K. The Effectiveness of Interventions To Promote Mammography among Women with Historically Lower Rates of Screening. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 11: 59-71, 2002.

LUQUIS, R.R. CRUZ, I.J. Knowledge, attitudes, and perceptions about breast cancer and breast cancer screening among Hispanic women residing in south central Pennsylvania. *Journal of Community Health*, 31 (1): 25-42, 2006.

LURIE, N. MARGOLIS, K.L. McGOVERN, P. MINK, P.J. SLATER, J.S. Why Do Patients of Female Physicians Have Higher Rates of Breast and Cervical Cancer Screening? *Journal of General Internal Medicine*, 12: 34-43, 1997.

PARSA, P. KANDIAH, M. Breast cancer knowledge, perception and breast self-examination practices among Iranian women. *The International Medical Journal*, 4(2): 17-24, 2005.

POWE, B.D. UNDERWOOD, S. CANALES, M. FINNIE, R. Perceptions about Breast Cancer among College Students: Implications for Nursing Education. *Journal of Nursing Education*, 44 (6): 257-65, 2005.

RODRÍGUEZ, M.A. WARD, L.M. PÉREZ-STABLE, E.J. Breast and Cervical Cancer Screening: Impact of Health Insurance Status, Ethnicity, and Nativity of Latinas. *Annals of Family Medicine*, 3(3): 235-41, 2005.

ROETZHEIM, R.G. FOX, S.A. LEAKE, B. The effect of risk on changes in breast cancer screening rates in Los Angeles, 1988-1990. *Cancer*, 74(2): 625-31, 1994.

SCHONBERG, M.A. McCARTHY, E.P. YORK, M. DAVIS, R.B. MARCANTONIO, E.R. Factors influencing elderly women's mammography screening decisions: implications for counseling. *BMC Geriatrics*, 7:26, 2007. Disponível em < <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/26>>. Acesso em 22 de fev de 2012.

SEAH, M. TAN, S.M. Am I breast cancer smart? Assessing breast cancer knowledge among healthcare professionals. *Singapore Medical Journal*, 48(2): 158-62, 2007.

SILVANY NETO, A.M. *Bioestatística sem segredos*. 1 ed., Cap.10. Edição do autor: Salvador, 139-84p., 2008.

SOUZA, R.M. LAZZARON, A.R. DEFFERRARI, R. BORBA, A.A. SCHERER, L. FRASSON, A.L. História Familiar em Segundo Grau como Fator de Risco para Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 20 (8): 469-73, 1998.

THOMPSON, B. MONTAÑO, D.E. MAHLOCH, J. Attitudes and Beliefs Toward Mammography Among Women Using an Urban Public Hospital. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 8(2): 186-201, 1997.

TUCUNDUVA, L.T.C. SÁ, V.H.L.C. KOSMIMURA, E.T. PRUDENTE, F.V.B. SANTOS, A.F. SAMANO, E.S.T. COSTA, L.J.M. GIOLO, A. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(3): 257-62, 2004.

VALDEZ, A. BANERJEE, K. ACKERSON, L. FERNANDEZ, M. A multimedia breast cancer education intervention for low-income Latinas. *Journal of Community Health*, 27 (1): 33-51, 2002.

YI, J.K. LUONG, K.N.T. Apartment-based Breast Cancer Education Program for Low Income Vietnamese American Women. *Journal of Community Health*, 30(5): 345-53, 2005.

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das trabalhadoras da área de saúde segundo a participação ou não no estudo em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.

Situação	n	%
População alvo	385	100,0
Perdas		
Não encontradas	54	14,0
Recusas	42	10,9
Excluídas ⁽¹⁾	43	11,2
Total de perdas	139	36,1
População final	246	63,9

(1) Excluídas 37 por entrevista não completada, quatro trabalhadoras menores de 20 anos de idade e duas por estar afastadas das funções no período da coleta.

Tabela 2- Características sociodemográficas das trabalhadoras da área de saúde em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.

Variável	n= 246	%
Idade (anos)		
20 a 29	60	24,4
30 a 39	102	41,5
40 a 49	66	26,8
50 a 59	15	5,3
Raça declarada		
Parda	122	49,6
Preta	98	39,8
Branca	16	6,5
Amarela	06	2,4
Indígena	3	1,2
Não sabe	1	0,4
Estado civil		
Solteira	97	39,4
Casada	84	34,1
União consensual	35	14,2
Separada/divorciada	27	11,0
Viúva	3	1,2
Escolaridade		
< Ensino médio	5	2,0
Ensino médio	146	59,3
Superior incompleto	29	11,8
Superior completo	18	7,3
Pós-graduação	48	19,5
Número de filhos		
Nenhum	113	45,9
01 a 03	127	51,6
04 a 10	6	2,4
Renda em Reais (R\$) e Salários Mínimos (SM)		
Até R\$ 2.725 (05 SM)	159	64,6
R\$ 2.726 a 5.450 (05 a 10 SM)	37	15,0
R\$ 5.451 a 10.900 (10 a 20 SM)	31	12,6
R\$ > 10.900 (> 20 SM)	19	7,7

Tabela 3 - Características ocupacionais das trabalhadoras da área de saúde em Empresa de Atenção Domiciliar Salvador e Região, 2011.

Variável	n= 246	%
Vínculo trabalhista		
Cooperado	146	59,3
Empregado com carteira	82	33,3
Pessoa jurídica	10	4,1
Outros ⁽¹⁾	8	3,2
Profissão/ocupação atual		
Auxiliar de enfermagem	147	59,8
Enfermeira	19	7,7
Assistente administrativo	16	6,5
Fisioterapeuta	10	4,1
Teleatendente	7	2,8
Médica	6	2,4
Serviços gerais	5	2,0
Nutricionista	4	1,6
Fonoaudióloga	4	1,6
Assistente social	4	1,6
Estagiária	4	1,6
Administradora	4	1,6
Psicóloga	1	0,4
Farmacêutica	1	0,4
Auxiliar de odontologia	1	0,4
Assistente odontologia	1	0,4
Auxiliar de farmácia	1	0,4
Recepcionista	1	0,4
Tempo de serviço (anos)		
01 a 09	178	72,4
10 a 19	48	19,5
20 a 30	20	8,1

(1) Quatro empregados sem carteira assinada e quatro estagiários.

Tabela 4 - Características das trabalhadoras da área de saúde ⁽¹⁾ em relação aos motivos para realização da mamografia ⁽²⁾ em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.

Variável	n=65	%
Consciência da prevenção	63	96,9
Estar na idade de realizar o exame	58	89,2
Exame de rotina	57	87,7
Solicitação médica	55	84,6
Vontade própria	49	75,3
Facilidade de transporte	45	69,2
Facilidade de marcação	37	56,9
Afinidade com os técnicos que realizam o exame	31	47,7
Influência de campanhas	25	38,5
Se sentir Vulnerável a doença	23	35,4
Outras razões	23	35,3
Histórico familiar positivo para câncer	22	33,8
Influência do cônjuge	15	23,1
Percepção de sinais da doença	14	21,5
Influência de familiares	9	13,8

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente.

(2) Excluídas as que não realizaram mamografia nos últimos 02 anos, nunca ter realizado ou não estar na idade de realizar.

Tabela 5 – Características das trabalhadoras da área de saúde ⁽¹⁾ em relação às barreiras para não realização da mamografia ⁽²⁾ em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.

Variável	n=09	%
Descuido	6	66,6
Não tem tempo	6	66,6
Alto custo do exame	4	44,4
Medo de ser mal tratada durante o exame	3	33,3
Achar o exame desnecessário por não ter problemas ginecológicos	2	22,2
Medo de exposição a raios-X	2	22,2
Desconfiança no resultado do exame	2	22,2
Outras razões	2	22,2

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente.

(2) Excluídas as que realizaram mamografia nos últimos 02 anos, nunca ter realizado ou não estar na idade de realizar.

Tabela 6 – Razões de Prevalência (RP) entre conhecimento sobre câncer da mama e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para detecção precoce do câncer da mama e histórico familiar para câncer entre trabalhadoras da área de saúde de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011 (n=246).

Variável	Conhecimento				RP
	Adequado n	Adequado %	Não adequado n	Não adequado %	
Idade					
> 40 anos	53	63,1	31	36,9	0,96
< 40 anos	106	65,4	56	34,6	
Escolaridade					
≥ Superior incompleto	66	69,5	29	30,5	1,13
≤ Ensino médio	93	61,6	58	38,4	
Renda					
> 05 Salários Mínimos	58	66,7	29	33,3	1,05
< 05 Salários Mínimos	101	63,5	58	36,5	
Acesso aos serviços de saúde					
Convênio particular/empresa	92	67,2	45	32,8	0,73
Atendimento Sistema Único de Saúde	67	61,5	42	38,5	
Profissional da área de saúde					
Sim	123	60,6	80	39,4	0,73
Não	36	83,7	7	16,3	
Experiência profissional com câncer da mama ⁽¹⁾					
Sim	50	64,1	28	35,9	1,10
Não	73	58,4	52	41,6	
Tempo de serviço					
> 10 anos	42	61,8	26	38,2	0,94
< 10 anos	117	65,7	61	34,3	
Acesso informação sobre câncer da mama					
Sim	130	66,0	67	34,0	1,11
Não	29	59,2	20	40,8	
Médico compartilha informações sobre câncer da mama					
Sim	149	66,2	76	33,8	1,39
Não	10	47,6	11	52,4	
Médico compartilha resultados dos exames de detecção precoce do câncer da mama					
Sim	152	66,1	78	33,9	1,53
Não	7	43,8	9	56,3	
Médico tem hábito de examinar as mamas					
Sim	131	66,5	66	33,5	1,16
Não	28	57,1	21	42,9	
Histórico familiar positiva para câncer					
Sim	7	41,2	10	58,8	0,62
Não	152	66,4	77	33,6	
Histórico familiar positiva para câncer da mama ⁽²⁾					
Sim	4	44,4	5	55,6	1,18
Não	3	37,5	5	62,5	

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente.

(2) Excluídas as sem antecedentes para câncer.

Tabela 7 – Associação entre realização de consultas para detecção precoce do câncer da mama e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para detecção do câncer da mama e histórico familiar para câncer entre trabalhadoras da área de saúde ⁽¹⁾ de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011 (n=203).

Variável	Realização consultas				RP
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade					
> 40 anos	63	90,0	7	10,0	0,99
< 40 anos	120	90,2	13	9,8	
Escolaridade					
≥ Superior incompleto	63	91,3	6	8,7	1,02
≤ Ensino médio	120	89,6	14	10,4	
Renda					
> 05 Salários Mínimos	64	90,1	7	9,9	1,00
< 05 Salários Mínimos	119	90,2	13	9,8	
Acesso aos serviços de saúde					
Convênio particular	91	91,0	9	9,0	1,02
Sistema Único de Saúde	92	89,3	11	10,7	
Tempo de serviço					
> 10 anos	57	93,4	4	6,6	1,05
< 10 anos	126	88,7	16	11,3	
Experiência profissional com câncer da mama					
Sim	74	94,9	4	5,1	1,08
Não	109	87,2	16	12,8	
Acesso informação sobre câncer da mama					
Sim	150	90,9	15	9,1	1,06
Não	33	86,8	5	13,2	
Conhecimento sobre câncer da mama					
Adequado	113	91,9	10	8,1	1,04
Não adequado	70	87,5	10	12,5	
Médico compartilha informações sobre câncer da mama					
Sim	169	92,3	14	7,7	1,31
Não	14	70,0	6	30,0	
Médico compartilha resultados dos exames de detecção precoce do câncer da mama					
Sim	172	91,5	16	8,5	1,24
Não	11	73,3	4	26,7	
Médico tem hábito de examinar as mamas					
Sim	150	94,3	9	5,7	1,26
Não	33	75,0	11	25,0	
Histórico familiar positiva para câncer					
Sim	14	100,0	0	0,0	1,12
Não	169	89,4	20	10,6	

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente.

Tabela 8 - Análise multivariada – Associação entre realização de consultas regulares para detecção precoce do câncer da mama e variáveis do modelo final entre trabalhadoras da área de saúde ⁽¹⁾ de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011 (n=203).

Realização de consultas de detecção precoce do câncer da mama regulares		
Variável	β ⁽²⁾	OR ⁽³⁾
Médico tem hábito de examinar as mamas	1,52	4,45
Médico compartilha informações sobre câncer da mama	1,32	3,40

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente.

(2) Valor de Beta.

(3) *Odds Ratio*.

Tabela 9 - Associação entre realização de mamografia para detecção precoce do câncer da mama e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para detecção do câncer da mama e histórico familiar para câncer no geral e câncer da mama em trabalhadoras da área de saúde ⁽¹⁾ de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011 (n=74).

Variável	Realização mamografia				RP
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade ⁽²⁾					
> 45 anos	30	83,3	6	16,7	0,90
< 45 anos	35	92,1	3	0,9	
Escolaridade					
≥ Superior incompleto	20	95,2	1	4,8	1,13
≤ Ensino médio	45	84,9	8	15,1	
Renda					
> 05 Salários Mínimos	22	88,0	3	12,0	1,01
< 05 Salários Mínimos	43	87,7	6	12,3	
Acesso aos serviços de saúde					
Convênio particular	38	95,0	2	5,0	1,20
Sistema Único de Saúde	27	79,4	7	20,6	
Tempo de serviço					
> 10 anos	35	94,6	2	5,4	1,16
< 10 anos	30	81,1	7	18,9	
Experiência profissional com câncer da mama					
Sim	36	92,3	3	7,7	1,12
Não	29	82,9	6	17,1	
Acesso informação sobre câncer da mama					
Sim	58	89,2	7	10,8	1,14
Não	7	77,7	2	22,3	
Conhecimento sobre câncer da mama					
Adequado	42	95,4	2	4,6	1,26
Não adequado	23	76,7	7	23,3	
Médico compartilha informações sobre câncer da mama					
Sim	63	87,5	9	12,5	0,87
Não	2	100,0	0	0,0	
Médico compartilha resultados dos exames de detecção precoce					
Sim	63	88,7	8	11,3	1,76
Não	2	66,6	1	33,4	
Médico tem hábito de examinar as mamas					
Sim	58	89,2	7	10,8	1,14
Não	7	77,7	2	22,3	
Histórico familiar positiva para câncer					
Sim	5	100,0	0	0,0	1,16
Não	60	86,9	9	13,1	

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente, que nunca realizaram mamografia ou não estar na idade de realizar.

(2) Ajustada para o grupo de trabalhadoras com indicação para realização da mamografia.

Tabela 10 - Análise multivariada – Associação entre realização de mamografia para detecção precoce do câncer da mama e variáveis do modelo final entre trabalhadoras da área de saúde ⁽¹⁾ de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011 (n=74).

Realização da mamografia para detecção precoce do câncer da mama		
Variável	β	OR
Conhecimento adequado sobre câncer da mama	1,81	6,13
Acesso aos serviços de saúde através de convênio particular ou empresa	1,69	5,40
Tempo de serviço > 10 anos	1,29	3,62

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente, que não realizaram mamografia nos últimos 02 anos, nunca realizaram ou não estar na idade de realizar a mamografia.

ARTIGO II

**CONHECIMENTO E ATITUDES SOBRE CÂNCER DO COLO
DO ÚTERO ENTRE TRABALHADORAS DA ÁREA DE SAÚDE**

GILBERTO ANDRADE TAVARES

MARCO ANTÔNIO VASCONCELOS RÊGO

RESUMO

No Brasil, cerca de 17 mil novos casos de câncer do colo do útero são esperados em 2012, o que significa 9,3% de todos os tumores do sexo feminino. Entre esses casos, estima-se que 800 ocorram no estado da Bahia. O diagnóstico precoce do câncer do colo do útero é realizado através do exame de Papanicolaou. Foi realizado um estudo de corte transversal no período de maio a setembro de 2011 em uma empresa de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em Salvador e Lauro de Freitas, Bahia, a fim de avaliar o nível de conhecimento das trabalhadoras da área de saúde sobre a doença e correlacionar este saber com a prevenção primária do câncer do colo do útero. O nível de conhecimento sobre o câncer do colo do útero foi mais associado à história familiar positiva para câncer (RP= 1,20) e ser um profissional da área da saúde (RP= 1,17). A realização de consultas de prevenção primária foi associada ao compartilhamento de informações sobre o câncer do colo do útero pelo médico (OR= 6,87). As principais razões que as levavam a realizar o exame de Papanicolaou foram: ser um exame de rotina, consciência da prevenção primária do câncer, vontade própria, estar na idade de realizar e por solicitação médica. Compartilhamento de informações pelo médico (OR= 7,85) e alto nível educacional (OR =5,33) foram associados à realização do exame de Papanicolaou regularmente. As barreiras que as impediam de realizar o exame, foram: descuido, falta de tempo, considerar o exame desnecessário por não ter problemas ginecológicos, alto custo do exame e medo de descobrir doença. Em conclusão, nós encontramos uma atitude positiva das trabalhadoras da área de saúde quanto à realização da prevenção do câncer do colo do útero. É importante, contudo, o incentivo das instituições formadoras e os locais de trabalho dessas profissionais, tanto no setor privado como no público, para a educação continuada. Isso também é importante para elas, para que haja repasse de informações corretas sobre a prevenção primária do câncer do colo do útero para a população no geral.

Palavras-chave: 1. Câncer do colo do útero; 2. Trabalhadoras de saúde; 3. Conhecimento; 4. Atitudes; 5. Prevenção primária.

ABSTRACT

In Brazil, approximately 17,000 cases of cervical cancer are expected in 2012. This means almost 9,3% of all female tumors. Among these cases, it is estimated that 800 occurs in the State of Bahia. Early diagnosis of cervical cancer it is performed through the Pap smear. It was performed a cross-section study in the period from May to September 2011 in a home care service (HCS) in Salvador and Lauro de Freitas, Bahia, in order to assess the level of knowledge of female healthcare workers about the disease and correlate this knowledge with the early detection of cervical cancer. The level of knowledge about the cervical cancer was more associated with positive family history for cancer (RP = 1.20) and be a healthcare professional (RP = 1.17). Consultations for early detection of cervical cancer was associated with the information shared the doctor (OR = 6.87). The main reasons why these professionals performed the Pap smear regularly were: as part of routine examinations, awareness of prevention, own desire, be in age to perform examination and medical demand. Information shared by gynecologist (OR = 7.85) and high educational level (OR = 5.33) were associated with the completion of the Pap smear regularly. Among those that did not perform the prevention as recommended, the main barriers were: neglect, lack of time, to consider it an unnecessary exam for not having gynecological problems, cost of the examination and fear of discovering disease. In conclusion, we found a positive attitude of healthcare workers regarding the implementation of the prevention of cervical cancer. It is important, however, an encouragement of educational institutions and workplaces of these professionals, both in private and in public sector, for the continuing education. This is also important to them and for releasing correct information on early detection of cervical cancer to the population in general.

Keywords: 1. Cervical cancer; 2. Health Workers; 3. knowledge; 4. Attitudes; 5. Primary prevention.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é o segundo tipo mais comum de câncer entre as mulheres em todo o mundo. Na América Latina as taxas de prevalência são quatro vezes maiores do que nos EUA e em outros países desenvolvidos (DELUCA et al., 2004). As mais altas incidências são encontradas na África e no sudoeste da Ásia, em torno de 40 por 100.000 mulheres (MURTA et al., 1999). No Brasil, cerca de 20 mil casos são esperados em 2012, o que significa 9,3% de todos os tumores do sexo feminino. Dentre esses casos, estima-se que 800 ocorram no estado da Bahia (BRASIL, 2012).

Esta doença tem uma evolução lenta, apresentando fases pré-invasivas, caracterizadas por sua benignidade, conhecidas como neoplasias intra-epiteliais cervicais. O diagnóstico precoce do câncer do colo do útero permite o rastreamento dessas lesões através do exame de Papanicolaou (PINHO & MATTOS, 2002). Alguns estudos brasileiros mostram uma cobertura satisfatória do exame em mulheres em idade fértil no país. Em um estudo no Rio Grande do Sul, a cobertura do exame de Papanicolaou foi de 65% das mulheres. Naquela oportunidade, esta cobertura superou a preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil no começo da década de 90 (60%), tendo como referência o Plano quinquenal de saúde 1990-1995. No entanto, sabe-se que a efetividade dos programas de controle para o câncer de colo uterino deva atingir coberturas acima de 80% (DIAS DA COSTA et al., 1998). Em um estudo mais recente no Maranhão, a cobertura do Papanicolaou em mulheres de 25 a 49 anos que já haviam iniciado a atividade sexual foi de 82,4%. Muitas mulheres realizaram o exame em intervalos curtos, o que pouco contribuiu para a prevenção da doença (OLIVEIRA et al., 2006).

A cobertura pode ser ampliada se algumas barreiras à realização do exame forem superadas. Em um estudo com mulheres brasileiras com diagnóstico firmado para o câncer uterino, as principais barreiras para o diagnóstico e acompanhamento da doença por elas apontada foram: médicos que não as examinavam, (60% de todas as mulheres); tempo de espera longo para a consulta (48% daquelas com NIC e 60% daquelas com câncer invasivo) e agendamento tardio (47% das mulheres com NIC e 50% das com câncer invasivo) (BRENNAN et al., 2001).

A comunicação em saúde é um instrumento necessário para a sensibilização das mulheres na prevenção do câncer do colo do útero. Em uma revisão sobre o assunto, Britto da Cruz e Loureiro (2008), consideraram que a abordagem de comunicação com as mulheres na faixa etária proposta pelos programas de prevenção ainda se mostra deficiente. Isto pode ser

explicado pelo fato que esta abordagem está sendo efetuada sem identificação com estas mulheres, muitas vezes levando ao constrangimento por não terem suas histórias, vivências e valores contextualizados. Ressaltam também que os fatores que desestimulam as mulheres, principalmente as que se encontram em grupos de maior vulnerabilidade social, a se envolverem nas campanhas preventivas para o câncer do colo do útero podem estar muito além de suas dificuldades econômicas e de seu desconhecimento sobre a importância de realização dos exames. Portanto, os projetos que pretendem incluir essas mulheres nas campanhas deveriam considerar as questões culturais que as envolvem. Para isso, é importante que a linguagem utilizada seja menos tecnicista e mais adequada aos seus interesses e necessidades.

O conhecimento adequado entre os profissionais de saúde é essencial para uma boa prática de prevenção do câncer de colo do útero. No entanto, esta condição por muitas vezes não é alcançada. Num estudo com médicos mexicanos, incluindo ginecologistas atuantes em serviços de saúde público e privado, a maioria não tinha informação sobre as normas oficiais para o câncer do colo do útero. Foi também detectada discrepância na recomendação para periodicidade na realização do exame de Papanicolaou. No entanto, a grande maioria dos médicos (80%) indicava para que as suas pacientes realizassem o exame, o significado e benefícios em realizá-lo (ALDRICH et al., 2005).

Além do conhecimento, é importante explorar o quanto este saber é transportado para a vida das profissionais da área da saúde, haja vista a percepção do cuidado de sua saúde, que pode e deverá transparecer no cuidado com a saúde do outro. Estudantes de enfermagem reconheciam a necessidade de realizar a prevenção do câncer do colo do útero, assim como a sua periodicidade e a forma correta de fazerem tal prevenção. No entanto, apesar da maioria das alunas entrevistadas realizava de forma correta, algumas não o faziam com a periodicidade adequada. Os principais motivos para isso foram: não ter tido relação sexual vaginal e medo se ser portador da doença. Como importante fator no processo de mudança, a prática discente deve ser reformulada, criando hábitos de realização de exames preventivos, melhorando o estilo de vida e estudando sempre as inovações a respeito do tema. Todos esses aspectos têm o intuito de aprimorar o cuidar de si para cuidar poder da saúde das mulheres com mais segurança, dignidade, sabedoria, humanização e o mais importante, com amor. (BEGHINI et al., 2006).

O objetivo desse estudo foi avaliar o nível de conhecimento sobre o câncer do colo do útero entre trabalhadoras da área de saúde e estabelecer uma associação entre o conhecimento e a prevenção primária da doença.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado de maio a setembro de 2011 em uma empresa de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em Salvador e Lauro de Freitas, Bahia. Realizou-se um censo no qual foram entrevistadas 246 trabalhadoras da área de saúde, com idade entre 20 anos e 69 anos (médicas, enfermeiras, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, odontólogas, farmacêutica, auxiliares de enfermagem, pessoal do serviço administrativo e do serviço geral).

As trabalhadoras responderam a um questionário (Anexo A) dividido em blocos. Inicialmente foram coletados nome, endereço e telefones da trabalhadora para facilitar o andamento da entrevista e posterior contato com as mesmas para divulgação dos resultados da pesquisa. Foram registradas variáveis sociodemográficas. A situação ocupacional também foi verificada. No segundo bloco foi pesquisado o conhecimento sobre câncer do colo do útero, onde foram questionados principais fatores de risco, método de prevenção primária e frequência para realização do método. Neste bloco, o questionário seguiu a lógica de pesquisa espontânea e induzida, ou seja, inicialmente a trabalhadora foi estimulada a responder sobre as questões conforme seus conhecimentos, sem apoio de alternativas. A resposta era correta quando a trabalhadora concordava com os parâmetros determinados no questionário; se a entrevistada não concordasse com estes parâmetros, a resposta era considerada incorreta. Os parâmetros foram definidos por revisão de literatura e as orientações do INCA (GONZÁLEZ-SALINAS et al., 1996; BRENNAN et al., 2001; ACS, 2002; TUCUNDUVA et al., 2005; ALDRICH et al., 2005; ALDRICH et al., 2006; DUAVY et al., 2007; KAWONGA & FOON, 2008; MUTYABA et al., 2009; BRASIL, 2011).

Em seguida, a entrevistada foi questionada ativamente sobre os conhecimentos esperados. Novamente a resposta era correta quando a trabalhadora concordava com os parâmetros determinados no questionário; se a entrevistada não concordasse com estes parâmetros, a resposta era considerada incorreta. Na sequência a entrevista focou no comportamento das entrevistadas no geral, tipo de acesso aos serviços de saúde e comportamento sobre a prevenção primária.

Foram perguntados os motivos e as barreiras que influenciaram na realização do exame de Papanicolaou entre as trabalhadoras com indicação de realização do exame. Finalmente, o questionário foi encerrado com um bloco sobre antecedentes médicos, história obstétrica, história pessoal para câncer, métodos anticoncepcionais, uso de terapia de reposição hormonal, número de infecções ginecológicas tratadas ou não tratadas no último ano, história familiar para os cânceres citados e anotações sobre estatura e peso atual para o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) informados pela entrevistada.

Para a realização da coleta foi criada uma estrutura de recursos humanos com o objetivo de garantir a qualidade das informações coletadas. Essa estrutura era composta por um coordenador, que também atuou como entrevistador. Num primeiro momento, foi efetuada discussão dos instrumentos da entrevista, padronização de postura na entrevista e treinamento para utilização dos instrumentos de pesquisa (Anexo C). Num segundo momento, foi feito um estudo-piloto na empresa de SAD, com intuito de conhecer as dificuldades na aplicação da entrevista. Depois de nova conformação, foi efetivada a coleta dos dados em definitivo.

Os questionários preenchidos passaram por duas revisões. O entrevistador, logo após o término da entrevista, realizava a primeira revisão. Em seguida, ainda durante o mesmo turno da entrevista, os questionários eram revisados pelo coordenador. Uma vez considerados adequados quanto à qualidade dos registros, os mesmos eram encaminhados à digitação. Em todas essas fases, quando os erros de preenchimento foram identificados (respostas em branco, inconsistências), as entrevistadas foram contatadas pessoalmente ou por telefone para a coleta de informações adequadas.

Análise dos dados

Inicialmente, foram descritas as características gerais da população (variáveis sociodemográficas e laborais), além dos motivos para realização ou não do exame de Papanicolaou entre as trabalhadoras com indicação de realizá-la através da frequência simples e porcentagem.

A variável independente principal “nível de conhecimento sobre o câncer do colo do útero”, foi dicotomizada em nível adequado (mais de 70% de respostas corretas) e não adequado (menos de 70% das respostas corretas). Calcularam-se razões de prevalência considerando a realização de consultas de prevenção e do exame de Papanicolaou como variáveis dependentes. Num segundo momento, a variável “conhecimento sobre câncer do colo do útero” foi caracterizada como dependente, e calcularam-se razões de prevalência (RP) para verificação de fatores associados. Realizou-se análise de regressão logística, utilizando-

se um valor de “p” de 0,25 para a pré-seleção das variáveis para a entrada no modelo. Esta se baseou também em critérios de plausibilidade biológica. O procedimento utilizado foi o de trás para “backward”, para entrada no modelo o valor de α era de 0,15 e de 0,20 para remoção, com a intenção de preservar no modelo as variáveis mais importantes (SILVANY NETO, 2008). Nos modelos finais, considerou-se o resultado estatisticamente significativo quando o valor de “p” foi menor que cinco por cento. Foi utilizado o programa estatístico SPSS 13 (SPSS Inc, Chicago, IL, 2004) para a construção do banco de dados e análise.

Aspectos éticos

O estudo seguiu a orientação da declaração de Helsinque de 1989 e da resolução de 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de saúde e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), parecer 04/2011 (Anexo D). As entrevistadas e o coordenador do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo B).

RESULTADOS

Das 385 trabalhadoras da empresa de SAD, 246 participaram do estudo. A principal perda foi pelo fato da trabalhadora não ter sido encontrada. As demais razões estão descritas na Tabela 1. A maioria das trabalhadoras tinha de 20 a 29 anos, variando de 20 a 58 anos de idade, com média de 36,1 anos e mediana de 35 anos de idade. Aproximadamente metade das trabalhadoras se declarou parda. Quanto à escolaridade a maioria possuía ensino médio completo e 20% aproximadamente possuía pós-graduação. Cento e vinte e sete possuíam até três filhos e 113 não tinham filhos. A maioria recebia entre um a cinco salários mínimos (Tabela 2). Em relação ao vínculo de trabalho junto à empresa, a maior parcela era de cooperadas, seguidas de empregadas com carteira assinada. Auxiliares de enfermagem compuseram a maior parte da população estudada. Cento e setenta e oito possuíam entre um a nove anos de serviço (Tabela 3).

Para o grupo de trabalhadoras da área de saúde com indicação para realizar o exame de Papanicolaou, os principais motivos que as levavam a realizar o exame foram: ser um exame de rotina, consciência da prevenção primária do câncer, vontade própria, estar na idade de realizar e por solicitação médica (Tabela 4). As barreiras que as impediam de realizar o exame foram: descuido, falta de tempo, considerar o exame desnecessário por não ter problemas ginecológicos, alto custo do exame e medo de descobrir doença (Tabela 5).

A maioria das trabalhadoras (69,1%) apresentou nível de conhecimento adequado sobre o câncer do colo do útero. Este esteve mais associado à história familiar positiva para câncer e ser profissional da área da saúde. Renda mensal da família maior que cinco salários mínimos também pode estar envolvido (Tabela 6). Entre as trabalhadoras que estavam diretamente ligadas à assistência aos pacientes (n=203), cento e oitenta e três realizavam consultas de prevenção primária para o câncer do colo do útero regularmente. Esta foi associada ao médico ginecologista compartilhar as informações e compartilhar os resultados dos exames. Além dessas, idade maior que 36 anos também foi levada para a análise multivariada. As demais variáveis não foram relevantes (Tabela 7). Na análise multivariada, manteve-se a associação entre a realização de consultas de prevenção e compartilhamento de informações sobre o câncer do colo do útero pelo médico ginecologista, com *Odds Ratio* (OR) igual a 6,87.

Entre as trabalhadoras que lidavam diretamente com assistência aos pacientes, com indicação para realização do exame de Papanicolaou para prevenção primária do câncer do colo do útero (n=201), a grande maioria (95%) realizava regularmente. A associação mais importante para a realização do exame foi o fato de o médico compartilhar informações sobre o câncer do colo do útero (Tabela 8). Maior escolaridade, acesso aos serviços de saúde através de convênio particular ou de empresa e tempo de serviço maior que 10 anos também foram levados para a etapa seguinte de análise. Na análise multivariada (Tabela 9), observaram-se associações entre a realização do exame de Papanicolaou entre as trabalhadoras da área da saúde com compartilhamento de informações pelo médico (OR= 7,85) e escolaridade maior ou igual ao nível superior incompleto (OR =5,33).

DISCUSSÃO

O fato de a trabalhadora ser profissional da área de saúde apresentou relação com aumento do conhecimento sobre o câncer do colo do útero. Este dado está de acordo com alguns estudos sobre o tema. Em um estudo no México, com trabalhadoras da área de saúde, a classificação geral média do conhecimento foi de oito acertos, sendo considerando baixa. Como esperado, as médicas tiveram um maior número de acertos (média de 12) (GONZÁLEZ-SALINAS et al., 1996). Em outro estudo com médicos mexicanos generalistas e ginecologistas-obstetras, 79% daqueles e 86% destes sabiam que o HPV é identificado como a principal causa de câncer do colo do útero. Os generalistas, no entanto, atribuíam mais importância à hereditariedade como fator de risco e citavam menos outros fatores, como

pobre higiene genital, uso de anticoncepcional oral e tabagismo. Houve uma grande discrepância quanto à idade para se iniciar a frequência da realização do exame de Papanicolaou; 87% dos generalistas e 32% dos especialistas responderam que a prevenção deveria se iniciar após o primeiro intercuro sexual e que 73% de ambos os grupos indicariam exame anual mesmo se normal anteriormente (ALDRICH et al., 2005).

Em mais um estudo com médicos de família norte-americanos, a maioria deles (89%) concordou que a infecção por HPV era o principal fator de risco para desenvolvimento do câncer do colo do útero. A maior proporção de acertos ocorreu entre as médicas que atuavam fora do setor privado e que participavam de grupos de trabalho multidisciplinar (JAIN et al., 2006). Em um estudo entre estudantes de enfermagem, foi reconhecido que é necessário realizar a prevenção do câncer do colo do útero, assim como a sua periodicidade e a forma correta de fazerem tal prevenção. Isto levava as estudantes anualmente a procurar um profissional especializado para realizar o exame de Papanicolaou (BEGHINI et al., 2006).

Outros estudos demonstraram resultados diferentes sobre o tema. No estudo de Mutyaba et al. (2006), entre trabalhadores alocados num hospital de referência em câncer, o conhecimento sobre o câncer do colo do útero foi baixo. A maioria dos participantes (81%) sabia que o câncer do colo do útero é curável se detectado nos estágios iniciais e que o exame de Papanicolaou (83%) poderia detectar tais lesões; no entanto, o conhecimento sobre os fatores de risco (29%) e rotina de periodicidade do Papanicolaou (39%) foi baixo. No estudo realizado por Tucunduva et al. (2004), com médicos generalistas, apenas 37,14% seguiam corretamente as diretrizes fornecidas pelo INCA para a prevenção deste câncer. Dentro deste contexto, 29,3% recomendavam de maneira excessiva o Papanicolaou e 24,1% de maneira insuficiente. Em um estudo entre enfermeiras sul africanas que prestavam assistência na atenção básica, apenas 58% eram suficientemente treinadas para realização do exame de Papanicolaou; na zona rural esses números caíam para 14%. Apenas 35% dessas enfermeiras realizavam o Papanicolaou na população assistida (KAWONGA & FONN, 2008).

Maior conhecimento sobre o câncer do colo do útero foi também relacionado com história familiar de câncer. Na revisão realizada, poucos estudos trouxeram esta discussão. Isto se deve, provavelmente, ao fato de não haver na literatura associação entre o risco de desenvolver o câncer do colo do útero e hereditariedade. Em um estudo colombiano, a história familiar positiva para câncer (RP= 0,9; IC 95%: 0,7-1,2) não esteve associado a realização do exame de Papanicolaou (CASTRO-JIMÉNEZ et al., 2006). Em um estudo com mulheres espanholas, o comportamento sexual e hereditariedade foram apontados pelas entrevistadas como duas das principais causas do câncer do colo do útero. No geral o

conhecimento sobre o câncer e a relação com a infecção por HPV era muito limitada ou inexistente (VANSLYKE et al., 2008). No estudo de caso com mulheres da população geral, a herança genética levou algumas entrevistadas a pensar sobre a realização do Papanicolaou (DUAVY et al., 2007)

Não houve mudança do nível do conhecimento sobre o câncer do colo do útero mesmo com a progressão do tempo de serviço. Esse resultado é contraditório a alguns estudos sobre tema. No Brasil, foi observado que médicos com mais de dez anos de formados indicavam menos a realização do exame de Papanicolaou, de acordo com o INCA ($p= 0,016$) (TUCUNDUVA et al., 2004). Em outro estudo, as médicas que tinham mais de 15 anos de serviço mostraram maior conhecimento do que aquelas com menos tempo de serviço (JAIN et al., 2006). Verificou-se que mulheres com menos de 20 anos de serviço demonstraram um maior nível de conhecimento (GONZÁLEZ-SALINAS et al., 1996). Outros estudos citam o tempo de serviço dos trabalhadores, mas não o correlaciona ao nível de conhecimento. (LURIE et al., 1997; ALDRICH et al., 2005 e ALDRICH et al., 2006).

A experiência profissional com câncer do colo do útero também não influenciou o nível de conhecimento das trabalhadoras. Este dado está de acordo com vários estudos. Em um estudo africano em um hospital em Uganda, entre os estudantes de medicina do último ano, 87% nunca tinham feito o exame especular em suas pacientes, 56% nunca haviam feito um exames especular e apenas 14% sentiam-se seguros em realizar este exame. Apesar da maioria dos participantes lidarem com pacientes do sexo feminino, o exame especular era realizado por apenas 12% desses profissionais. A maioria deles também (78%) nunca perguntou aos seus pacientes se já haviam sido rastreadas para o câncer do colo do útero (MUTYABA et al., 2006).

Na Inglaterra, em um estudo comparando a realização de exames de prevenção para o câncer do colo do útero, foi constatando que quando o profissional médico era do sexo feminino, havia uma maior experiência entres estas profissionais. Envio de lembretes e questionamento de ter realizado o exame de Papanicolaou às pacientes foram, respectivamente, nove e 11% maior entre as médicas em comparação aos médicos. Em relação as suas habilidades em realizar o exame de Papanicolaou, 62% das médicas disseram ser excelentes, 99% se sentiam confortáveis em realizá-lo e 89% consideravam-se responsáveis pela realização do exame nas pacientes (LURIE et al., 1997). Em um estudo entre médicos de família nos EUA, que avaliou o conhecimento sobre o HPV e outras afecções correlacionadas, a maioria destes (90%) falou que haviam prestado assistência a pacientes com alguma queixa anogenital. Entretanto, a maioria desses médicos viram poucos

pacientes (dois em média) com essas afecções no último ano. Eles também viram poucos casos de infecção por Clamídia ou Herpes vírus (cinco em média) no último ano (JAIN et al., 2006).

Em um estudo entre médicos mexicanos, comparando a experiência entre ginecologistas-obstetras e médico generalistas, foi observado que 30% dos obstetras e 8% dos generalistas tratavam regularmente displasia ou câncer do colo do útero ($p=0,000$). Houve uma proporção similar (65% e 59% respectivamente) entre ginecologistas-obstetras e generalistas na realização do Papanicolaou nos últimos dois meses (ALDRICH et al., 2006). No estudo de Gonzáles-Salinas et al. (1996), as trabalhadoras que manifestaram ter experiência com câncer do colo do útero mostraram maior nível de conhecimento. Em outro estudo, médicos com mais de dez anos de formados, tenderam a tomar conduta insuficiente na realização do exame de Papanicolaou de acordo com o INCA ($p=0,016$) (TUCUNDUVA et al., 2004).

Ser um exame de rotina, consciência na prevenção, vontade própria, por estar na idade de realizar e solicitação médica foram os principais motivos que levaram à realização do exame de Papanicolaou regularmente. O fato de o médico compartilhar informações sobre a doença influenciou positivamente na realização de consulta de prevenção regularmente e realização do exame de Papanicolaou. Esses achados são concordantes com alguns estudos sobre o tema. No estudo de Coughlin e Uhler (2000), avaliando mulheres migrantes de ilhas do Pacífico nos EUA, entre outros fatores, ter tido consulta médica esteve associado à realização do exame de Papanicolaou nos últimos três anos. Em um estudo entre mulheres de origem vietnamita que viviam nos EUA, as variáveis que influenciaram positivamente ($p<0,05$) na realização do preventivo foram: ser casada; possuir recursos e provedor regular de cuidados de saúde; acreditar que a realização regular do Papanicolaou reduz o risco para desenvolver o câncer do colo do útero e que é curável se detectado precocemente (TAYLOR et al., 2004). Para mulheres colombianas, os fatores que mais motivam na realização do exame são: autocuidado, preocupação pela família e percepção de uma boa qualidade do serviço de saúde. (WISNER-CEBALLOS et al., 2006).

No Brasil, Yassoyama e Salomão (2005) observaram que mulheres que tiveram acesso às orientações sobre planejamento familiar e realização do exame de Papanicolaou foram beneficiadas por ações e atividade da saúde da mulher desenvolvida na Unidade de Saúde da família (USF). Em outro estudo com população semelhante, foi observado que o uso de tecnologias leves de comunicação aumentava o conhecimento das usuárias e por consequência maior adesão à realização do exame de Papanicolaou (OLIVEIRA et al., 2007). Outro estudo

sugere que mulheres resistentes a realização de exame de Papanicolaou deveriam ser encaminhadas a médicas, pois isto poderia reduzir este efeito. No mesmo estudo foi observado que o grande foco na prevenção levou a maiores taxas no rastreamento do câncer do colo do útero para aquelas pacientes atendidas por médicas (LURIE et al., 1997).

Maior escolaridade também esteve associada à realização adequada do exame de Papanicolaou. Estudando uma tribo indígena nos EUA, após intervenção educacional em câncer do colo do útero, foi encontrada associação entre a intenção (OR= 4,56) e realização (OR= 1,63) do exame de Papanicolaou no extrato populacional com maior nível educacional (DIGNAN et al., 1998). Em outro estudo nos EUA, avaliando o nível de conhecimento sobre esta doença da população no geral, mulheres com mais de 12 anos de estudo iniciaram a prevenção na idade correta 12,8% mais do que aquelas com menos de 12 anos de estudo. Em relação à idade correta para suspensão do exame preventivo, a diferença foi de 27,5%. A chance de sobrevivência para o grupo de maior escolaridade foi 24,8% maior (GAZIANO & HOROWITZ, 2001). Em um estudo populacional com mais de 100 mil mulheres indianas, entre outros fatores, níveis educacionais mais elevados estiveram associados (OR: 1,62; IC 95%: 1,50-1,80) a maior realização do exame de Papanicolaou (NENE et al., 2007).

Descuidar-se, falta de tempo, considerar o exame desnecessário por não ter problemas ginecológicos, considerar o exame caro e medo de descobrir doença foram os principais fatores para não realizar a prevenção adequadamente. Estes dados são corroborados por vários estudos. No estudo de Kawonga e Foon (2008), apesar da difusão da técnica do exame de Papanicolaou para todas as enfermeiras do setor público, em duas províncias sul-africanas, a meta de rastreamento foi cumprida apenas em 25% e 45% respectivamente. Outros fatores importantes observados para esse pobre resultado foram: falta do acesso ao tratamento após o diagnóstico de lesões precursoras do câncer; sobrecarga de trabalho das enfermeiras, com o crescimento da população e conseqüente demanda (influindo na não realização do preventivo ou periodicidade incorreta), má distribuição dos profissionais pelo país e pouca habilidade na realização do exame por parte dessas profissionais.

Em outro estudo sul-africano entre profissionais da área da saúde, 93% dos entrevistados sabiam que o câncer do colo do útero era um problema de saúde pública, 68% achavam fácil de diagnosticar e 65% das entrevistadas não se achavam susceptíveis. 66% dos entrevistados achavam que suas parceiras poderiam ser afetadas. Muitas enfermeiras e auxiliares achavam que o exame de Papanicolaou era um procedimento exclusivamente médico. Entre as entrevistadas as principais razões para não realização do exame foram: não se sentir com risco para a doença, não ter sintomas, descuido, medo da realização do exame,

pouco interesse, achar que o exame é desnecessário ou estar fora da faixa de idade de risco. Além disso, 25% delas só aceitam ser examinadas por mulheres. Entre os estudantes de medicina 35% não achavam que poderiam realizar o exame, 26% não sabiam como realizar o exame, 22% achavam que deveria ser feito por médicos mais experientes e 15% nunca pensou a respeito (MUTYABA et al., 2006). No estudo de Tucunduva et al. (2004) médicos brasileiros, quando questionados quanto a possíveis barreiras para o adequado exercício do rastreamento do câncer do colo do útero, consideraram que a falta de agentes educadores em saúde para a população (82,86%) e sua própria falta de conhecimento ou treinamento para fazer esse tipo de rastreamento (77,14%) são de grande importância.

Em estudos populacionais, para mulheres de alto risco para desenvolver o câncer do colo do útero nos EUA, o custo (47%) foi a principal barreira para realização do exame (BURGUER et al., 1995). Em outro estudo, as justificativas para a não realização do exame de Papanicolaou foram: falta de motivação e vergonha (87% das mulheres diagnosticadas com NIC e 81% com câncer invasivo); falta de exame físico por parte do médico (60% para todas as mulheres); tempo de espera longo para a consulta (48% das mulheres com NIC e 60% daquelas com câncer invasor) e agendamento tardio (47% das mulheres com NIC e 50% daquelas com câncer invasor) (BRENNAN et al., 2001).

Em outro estudo, observou-se que inatividade sexual e medo de dor ou desconforto na realização do exame estavam associados a não realização do preventivo (TAYLOR et al., 2004). No estudo conduzido por Wiesner-Ceballos et al. (2006) as principais barreiras para realização do Papanicolaou expressadas pelas mulheres foram: vergonha, medo de dor durante o exame, desaconselhamento ou impedimento por parte do companheiro, desaconselhamento ou impedimento por parte das famílias (principalmente entre aquelas mais jovens) e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (tempo de espera para marcar o exame, custo para realização do exame, atraso na entrega do resultado, má relação com a equipe de saúde e relação médico-paciente prejudicada). Em recente artigo, Rogers et al. (2009) afirmam que a falta de conhecimento sobre a infecção pelo HPV e o quanto o Papanicolaou pode detectar anormalidades no colo do útero estão associados ao aumento do risco para desenvolvimento da doença.

No Brasil, num estudo em São Luis do Maranhão, as principais barreiras que estiveram associadas a não realização do exame de Papanicolaou foram: não ter companheiro, menor escolaridade, viver em domicílio cujo chefe de família é trabalhador braçal e não ter realizado consulta médica nos últimos meses (OLIVEIRA et al., 2006). Em outro estudo com mulheres atendidas em unidades básicas de Fortaleza, Ceará, as principais barreiras na

realização do preventivo foram: vergonha em realizar o exame, desconforto da posição para realização do preventivo, medo de dor na realização do exame, medo do diagnóstico do câncer do colo do útero, realização do exame por profissional do sexo masculino, impedimento por parte do companheiro e dificuldades no acesso aos serviços de saúde (desinformação sobre a maneira da realização do exame, despesas para realização do exame, tempo de espera para agendar e realizar o exame e falta de material para realizar o exame) (DUAVY et al., 2007). Na Bahia, analisando o discurso de mulheres atendidas no SUS, a falta de esclarecimento e conhecimento das mulheres sobre o seu corpo implicava no não entendimento do exame de Papanicolaou como um exame de prevenção para o câncer do colo do útero. Além disso, a dificuldade de acesso à assistência médica foi outro ponto importante na não realização do exame (BARROS, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo agrega algumas informações ao conhecimento sobre atitudes de prevenção do câncer do colo do útero. Traz dados sobre o conhecimento prático das trabalhadoras de saúde sobre o assunto em relação às atuais diretrizes do INCA. Chama a atenção também como o meio pode interagir com fatores sociais e pessoais que podem ser cruciais no entendimento da atitude em saúde preventiva do câncer do colo do útero.

Os principais motivos que levaram essas profissionais a realizar o preventivo foram: ser parte dos exames de rotina, consciência da prevenção, vontade própria, estar na idade de realizar e solicitação médica. Nesta perspectiva, o compartilhamento de informações sobre o câncer do colo do útero pelo médico e maior escolaridade contribuíram positivamente para a realização do exame. Para a minoria, que não realizava a prevenção como recomendada, as principais barreiras foram: descuido, falta de tempo, considerar o exame desnecessário por não ter problemas ginecológicos, custo do exame e medo de descobrir doença.

Em conclusão, nós encontramos uma atitude positiva das trabalhadoras da área de saúde quanto à realização da prevenção do câncer do colo do útero; recomenda-se, entretanto, cautela quanto à generalização desses resultados mesmo para outras trabalhadoras da saúde, em função de algumas importantes limitações do estudo. Citam-se principalmente o tamanho da população estudada e as perdas. Outros estudos com maior número de profissionais são necessários para corroborar os dados aqui estudados. É importante, o incentivo das instituições formadoras e os locais de trabalho desses profissionais, tanto no setor privado como no público, para a educação continuada. Isso também é importante para eles e para que

haja repasse de informações corretas sobre a prevenção primária do câncer do colo do útero para a população no geral.

REFERÊNCIAS

ALDRICH, T. BECKER, D. GARCIA, S.G. LARA, D. Mexican physicians' knowledge and attitudes about the human papillomavirus and cervical cancer: a national survey. *Sexually Transmitted Infections*, 81: 135-41, 2005.

ALDRICH, T. LANDIS, S. GARCIA, S.G. BECKER, D. SANHUEZA, P. HIGUERA, A. Cervical cancer and HPV link: Identifying areas for education in Mexico City's public hospital. *Salud Pública de México*, 48 (3): 236-43, 2006.

BARROS, D.O.S. Mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 148 p, 2005.

BEGHINI, A.B. SALIMENA, A.M/O. MELO, M.C.S.C. SOUZA, I.E.O. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(4): 637-44, 2006.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer: Colo do Útero. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio>. Acesso em 12 de dez. 2011.

_____. Estimativa 2012. Incidência de Câncer no Brasil. *Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde*. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>. Acesso em 06 de mar 2012.

BRENNAN, S.M.F. HARDY, E. ZEFERINO, L.C. NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer do colo uterino. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 17(4): 909-14, 2001.

BRITTO DA CRUZ, L.M. LOUREIRO, R.P. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde e Sociedade*, 17(2): 120-31, 2008.

BURGER, R.A. MONK, B.J. VAN NOSTRAND, K.M. GREEP, N. ANTON-CULVER, H. MANETTA, A. Single-Visit Program for Cervical Cancer Prevention in a High-Risk Population. *Obstetrics & Gynecology*, 86(4): 491-8, 1995.

CASTRO-JIMÉNEZ, M.A. VERA-CALA, L.M. POSSO-VALENCIA, H.J. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: Estado del arte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(1): 182-9, 2006.

COUGHLIN, S.S. UHLER, R.J. Breast and Cervical Cancer Screening Practices among Asian and Pacific Islander Women in the United States, 1994-1997. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, 9: 597-603, 2000.

DELUCA, G.D. LUCERO, R.H. MARTIN DE CIVETTA, M.T. VICENTE, L. GORODNER, O.L.Z. SCHELOVER, E. ALONSO, J.M. Human papillomavirus in women with cervical cytological abnormalities from an area with high incidence of cervical cancer. *Revista do Instituto de Medicina Tropical, São Paulo*, 46 (1): 9-12, 2004.

DIAS DA COSTA, J.S. D'ELIA, P.B. MANZOLLI, P. MOREIRA, M.R. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*, 3(5): 308-13, 1998.

DIGNAN, M.B. MICHIELUTTE, R. WELLS, H.B. SHARP, P. BLINSON, K. CASE, D. BELL, R. KONEN, J. DAVIS, S. McQUELLON, R.P. Health education to increase screening for cervical cancer among Lumbee Indian Women in North Caroline. *Health Education Research*, 13 (4): 545-56, 1998.

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

GAZIANO, C. HOROWITZ, A. Knowledge Gap on Cervical, Colorectal Cancer Exist Among U.S. Women. *Newspaper Research Journal*, 22(1): 12-27, 2001.

GONZÁLEZ-SALINAS, C. MADRIGAL DE LEÓN, H.G. RAMÍREZ, M.P.P. DICKINSON, B. ROSAS, P. ORTEGA, F. Conocimientos y actitudes de trabajadoras de salud em torno al programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. *Atención Primaria*, 18(5): 237-42, 1996.

JAIN, N. IRWIN, K.L. MONTANO, D. KASPRZYK, D. CARLIN, L. FREEMAN, C. BARNES, R. CHRISTIANN, J. WOLTERS, C. Family Physicians' Knowledge of Genital Human Papillomavirus (HPV) Infection and HPV-related Conditions, United States, 2004. *Family Medicine*, 38(7): 483-9, 2006.

KAWONGA, M. FONN, S. Achieving effective cervical screening coverage in South Africa through human resources and health systems development. *Reproductive Health Matters Journal*, 16(32): 32-40, 2008.

LURIE, N. MARGOLIS, K.L. McGOVERN, P. MINK, P.J. SLATER, J.S. Why Do Patients of Female Physicians Have Higher Rates of Breast and Cervical Cancer Screening? *Journal of General Internal Medicine*, 12: 34-43, 1997.

MURTA, E.F.C. FRANCA. H.G. CARNEIRO, M.C. CAETANO, M.S.S.G. ADAD, S.J. HAZARABEDIAN DE SOUZA, M.A. Câncer do Colo uterino: Correlação com o início da atividade Sexual e Paridade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 21(9): 555-9, 1999.

MUTYABA, T. MMIRO, F.A. WEIDERPASS, E. Knowledge, attitudes and practices on cervical screening among the medical workers of Mulango Hospital, Uganda. *BMC Medical Education*, 6(13), 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/6/13>>. Acesso em 25 de ago de 2009.

NENE, B. JAYANT, K. ARROSSI, S. SHASTRI, S. BUDUKH, A. HINGMIRE, S. MUWONGE, R. MALVI, S. DINSHAW, K. SANKARANARAYANAN. Determinants of women's participation in cervical screening trial, Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 85: 264-72, 2007.

OLIVEIRA, M.M.H.N. SILVA, A.A.M. BRITO, L.M.O. COIMBRA, L.C. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9(3): 325-34, 2006.

OLIVEIRA, M.M. PINTO, I.C. COIMBRA, V.C.C. Potentialities in integral care: uterine cervical cancer prevention according to the users of the family health strategy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3): 426-30, 2007.

PINHO, A.A. MATTOS, M.C.F.I. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 38(3): 225-31, 2002.

ROGERS, N.M. CANTU, A.G. The Nurse's in the Prevention of Cervical Cancer Among Underserved and Minority Populations. *Journal of Community Health*, 34: 135-43, 2009.

SILVANY NETO, A.M. *Bioestatística sem segredos*. 1 ed., Cap.10. Edição do autor: Salvador, 139-84p., 2008.

TAYLOR, V.M. YASUI, Y. BURKE, N. NGUYEN, T. ACORDA, E. THAI, H. QU, P. JACKSON, C. Pap Testing Adherence Among Vietnamese American Women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 13(4): 613-19, 2004.

TUCUNDUVA, L.T.C. SÁ, V.H.L.C. KOSMIMURA, E.T. PRUDENTE, F.V.B. SANTOS, A.F. SAMANO, E.S.T. COSTA, L.J.M. GIOLO, A. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(3): 257-62, 2004.

VANSLYKE, J.G. BAUM, J. PLAZA, V. OTERO, M. WHEELER, C. HELITZER, D.L. HPV and Cervical Cancer Testing and Prevention: Knowledge, Beliefs, and Attitudes Among Hispanic Women. *Qualitative Health Research*, 18(5): 584-96, 2008.

WISNER-CEBALLOS, C. VEJARANO-VELANDIA, M. CAICEDO-MERA, J. TOVAR-MURILLO, S.L. CENDALES-DUARTE, R. La Citología de Cuello Uterino em Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. *Revista Salud Pública*, 8(3): 185-96, 2006.

YASSOYAMA M.C.B.M, SALOMÃO M.L.M, VICENTINI M.E. Características das mulheres que realizam exame preventivo do colo de útero durante a gestação: bases para estratégias do Programa de Saúde da Família (PSF). *Revista Arquivo Ciências da Saúde*. 12 (4):172-76, 2005.

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das trabalhadoras da área de saúde segundo a participação ou não no estudo em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.

Situação	N	%
População alvo	385	100,0
Perdas		
Não encontradas	54	14,0
Recusas	42	10,9
Excluídas ⁽¹⁾	43	11,2
Total de perdas	139	36,1
População final	246	63,9

(1) Excluídas 37 por entrevista não completada, quatro trabalhadoras menores de 20 anos de idade e duas por estarem afastadas das funções no período da coleta.

Tabela 2- Características sociodemográficas das trabalhadoras da área de saúde em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.

Variável	n= 246	%
Idade (anos)		
20 a 29	60	24,4
30 a 39	102	41,5
40 a 49	66	26,8
50 a 59	15	5,3
Raça declarada		
Parda	122	49,6
Preta	98	39,8
Branca	16	6,5
Amarela	6	2,4
Indígena	3	1,2
Não sabe	1	0,4
Estado civil		
Solteira	97	39,4
Casada	84	34,1
União consensual	35	14,2
Separada/divorciada	27	11,0
Viúva	3	1,2
Escolaridade		
≤ Ensino médio incompleto	5	2,0
Ensino médio completo	146	59,3
Superior incompleto	29	11,8
Superior completo	18	7,3
Pós-graduação	48	19,5
Número de filhos		
Nenhum	113	45,9
01 a 03	127	51,6
04 a 10	6	2,4
Renda em Reais (R\$) e Salários Mínimos (SM)		
Até R\$ 2.725 (05 SM)	159	64,6
R\$ 2.726 a 5.450 (05 a 10 SM)	37	15,0
R\$ 5.451 a 10.900 (10 a 20 SM)	31	12,6
R\$ > 10.900 (> 20 SM)	19	7,7

Tabela 3 - Características ocupacionais das trabalhadoras da área de saúde em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.

Variável	n= 246	%
Vínculo trabalhista		
Cooperado	146	59,3
Empregado com carteira	82	33,3
Pessoa jurídica	10	4,1
Outros ⁽¹⁾	8	3,2
Profissão/ocupação atual		
Auxiliar de enfermagem	147	59,8
Enfermeira	19	7,7
Assistente administrativo	16	6,5
Fisioterapeuta	10	4,1
Teleatendente	7	2,8
Médica	6	2,4
Serviços gerais	5	2,0
Nutricionista	4	1,6
Fonoaudióloga	4	1,6
Assistente social	4	1,6
Estagiária	4	1,6
Administradora	4	1,6
Psicóloga	1	0,4
Farmacêutica	1	0,4
Auxiliar de odontologia	1	0,4
Assistente odontologia	1	0,4
Auxiliar de farmácia	1	0,4
Recepcionista	1	0,4
Tempo de serviço (anos)		
01 a 09	178	72,4
10 a 19	48	19,5
20 a 30	20	8,1

(1) Quatro empregados sem carteira assinada e quatro estagiários.

Tabela 4 - Características das trabalhadoras da área de saúde ⁽¹⁾ em relação aos motivos para realização do exame de Papanicolaou ⁽²⁾ em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.

Variável	n=190	%
Exame de rotina	187	98,4
Consciência da prevenção	186	97,9
Vontade própria	184	96,8
Estar na idade realizar o exame	178	93,7
Solicitação médica	135	71,0
Influência de campanhas	88	46,3
Sentir-se vulnerável à doença	80	42,1
Influência do cônjuge	42	22,1
Histórico familiar positivo para câncer	30	15,8
Percepção de sinais/sintomas da doença	28	14,7
Influência de familiares	20	10,5
Outras razões	14	7,3

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente.

(2) Excluídas as que não realizaram o exame de Papanicolaou nos últimos três anos, nunca ter realizado ou não estar na idade de realizar.

Tabela 5 - Distribuição da população estudada de trabalhadoras da área de saúde ⁽¹⁾ em relação aos motivos para não realização do exame de Papanicolaou ⁽²⁾ em Empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011.

Variável	n=11	%
Descuido	8	72,7
Não tem tempo	8	72,7
Achar o exame desnecessário por não ter problemas	3	27,3
Alto custo do exame de Papanicolaou	3	27,3
Medo de descobrir doença	3	27,3
Não possui histórico familiar positivo para câncer	2	18,2
Desconfiança no resultado do exame	2	18,2
Nunca pensou sobre o exame de Papanicolaou	1	9,1
Medo de sentir dor durante a realização do exame	1	9,1
Médico não recomendou a realização do exame	1	9,1
Não sabe qual médico procurar	1	9,1
Não sabe onde realizar o exame	1	9,1
Informação negativa parente/amigo ou colega	1	9,1

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente.

(2) Excluídas as que realizaram exame de Papanicolaou nos últimos 03 anos, nunca ter realizado ou não estar na idade de realizar.

Tabela 6 – Razões de Prevalência (RP) entre conhecimento sobre câncer do colo do útero e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para prevenção primária do câncer do colo do útero e histórico familiar para câncer entre trabalhadoras da área de saúde de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011, (n=246).

Variável	Conhecimento				RP
	Adequado		Não adequado		
Idade	n	%	n	%	
> 36 anos	77	67,5	37	32,5	0,96
< 36 anos	93	70,5	39	29,5	
Escolaridade					
≥ Superior incompleto	68	71,6	27	28,4	1,06
≤ Ensino médio	102	67,5	49	32,5	
Renda mensal média familiar					
> 05 Salários Mínimos	64	73,6	23	26,4	1,10
< 05 Salários Mínimos	106	66,7	53	33,3	
Acesso aos serviços de saúde					
Convênio particular	95	69,3	42	30,7	1,01
Sistema Único de Saúde	75	68,8	34	31,2	
Profissional da área da saúde					
Sim	144	70,9	59	29,1	1,17
Não	26	60,5	17	39,5	
Tempo de serviço					
> 10 anos	44	64,7	24	35,3	0,91
< 10 anos	126	70,8	52	29,2	
Experiência profissional com câncer do colo do útero ⁽¹⁾					
Sim	35	74,5	12	25,5	1,06
Não	109	69,9	47	30,1	
Acesso a informação sobre câncer do colo do útero					
Sim	134	69,1	60	30,9	0,99
Não	36	69,2	16	30,8	
Médico compartilha informações sobre câncer do colo do útero					
Sim	153	68,0	72	32,0	0,84
Não	17	81,0	4	19,0	
Médico compartilha resultados dos exames de prevenção primária					
Sim	159	69,1	71	30,9	1,00
Não	11	68,8	5	31,3	
Histórico familiar positivo para câncer					
Sim	14	82,4	3	17,6	1,20
Não	156	68,1	73	31,9	
Histórico familiar positivo para câncer do colo do útero ⁽²⁾					
Sim	06	75,0	2	25,0	0,85
Não	08	88,9	1	11,1	

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente.

(2) Excluídas as sem histórico familiar para câncer.

Tabela 7 – Associação entre realização de consultas para prevenção primária do câncer do colo do útero e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para prevenção primária do colo do útero e histórico familiar para câncer entre trabalhadoras da área de saúde ⁽¹⁾ de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011 (n=203).

Variável	Realização de consultas				RP
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade					
> 36 anos	83	87,4	12	12,6	0,94
< 36 anos	100	92,6	8	7,4	
Escolaridade					
≥ Superior incompleto	63	91,3	6	8,7	1,02
≤ Ensino médio	120	89,6	14	10,4	
Renda mensal média familiar					
> 05 Salários Mínimos	64	90,1	7	9,9	1,00
< 05 Salários Mínimos	119	90,2	13	9,8	
Acesso serviços de saúde					
Convênio particular	91	91,0	9	9,0	1,02
Sistema Único de Saúde	92	89,3	11	10,7	
Tempo de serviço					
> 10 anos	57	93,4	4	6,6	1,05
< 10 anos	126	88,7	16	11,3	
Experiência profissional câncer do colo do útero					
Sim	43	91,5	4	8,5	1,02
Não	140	89,7	16	10,3	
Acesso informação câncer do colo do útero					
Sim	145	90,6	15	9,4	1,03
Não	38	88,4	5	11,6	
Conhecimento adequado sobre câncer do colo do útero					
Sim	131	91,0	13	9,0	1,03
Não	52	88,1	7	11,9	
Médico compartilha informações sobre câncer do colo do útero					
Sim	169	92,3	14	7,7	1,32
Não	14	70,0	6	30,6	
Médico compartilha resultados dos exames de prevenção primária					
Sim	172	91,5	16	8,5	1,25
Não	11	73,3	4	26,7	
Histórico familiar positivo para câncer					
Sim	12	92,3	1	7,7	1,02
Não	171	90,0	19	10,0	
Histórico familiar positivo para câncer do colo do útero ⁽²⁾					
Sim	05	83,3	1	16,7	0,83
Não	07	100,0	0	0,0	

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente.

(2) Excluídas as sem histórico familiar para câncer.

Tabela 8 - Associação entre realização do exame de Papanicolaou para prevenção primária do câncer do colo do útero e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, atitudes para prevenção primária do câncer do colo do útero e histórico familiar para câncer em trabalhadoras da área de saúde ⁽¹⁾ de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011 (n=201).

Variável	Realização do Papanicolaou				RP
	Sim		Não		
Idade	n	%	n	%	
> 36 anos	89	94,7	5	5,3	0,99
< 36 anos	102	95,3	5	4,7	
Escolaridade					
≥ Superior incompleto	67	98,5	1	1,5	1,06
≤ Ensino médio	124	93,2	9	6,8	
Renda mensal média familiar					
> 05 Salários Mínimos	67	97,1	2	2,9	1,03
< 05 Salários Mínimos	124	93,6	8	6,1	
Acesso aos serviços de saúde					
Convênio particular	95	96,9	3	3,1	1,04
Sistema Único de Saúde	96	93,2	7	6,8	
Tempo de serviço					
> 10 anos	58	98,3	1	1,7	1,05
< 10 anos	133	93,7	9	6,3	
Experiência profissional com câncer do colo do útero					
Sim	43	93,5	3	6,5	0,98
Não	148	95,5	7	4,5	
Acesso informação sobre câncer do colo do útero					
Sim	151	95,0	8	5,0	0,99
Não	40	95,2	2	4,8	
Conhecimento adequado sobre câncer do colo do útero					
Sim	134	94,4	8	5,6	0,97
Não	57	96,6	2	3,4	
Médico compartilha informações sobre câncer do colo do útero					
Sim	175	96,7	6	3,3	1,20
Não	16	80,0	4	20,0	
Médico compartilha resultados dos exames de prevenção primária					
Sim	177	95,2	9	4,8	1,02
Não	14	93,3	1	6,7	
Vergonha de realizar Papanicolaou					
Não	143	94,7	8	5,3	0,98
Sim	48	96,0	2	4,0	
Histórico familiar para câncer					
Sim	13	100,0	0	0,0	1,06
Não	178	94,7	10	5,3	

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente, que nunca realizaram o exame de Papanicolaou ou não estar na idade de realizar.

Tabela 9 - Análise multivariada – Associação entre realização do exame de Papanicolaou e variáveis do modelo final entre trabalhadoras da área de saúde ⁽¹⁾ de empresa de Atenção Domiciliar, Salvador e Região, 2011 (n=201).

Realização do exame de Papanicolaou para prevenção do câncer do colo do útero		
Variável	β	OR
Médico compartilha informações sobre câncer do colo do útero	2,06	7,85
Escolaridade \geq Superior incompleto	1,67	5,33

(1) Excluídas as não envolvidas diretamente na assistência ao paciente, que nunca realizaram ou não estão na idade de realizar o exame de Papanicolaou.

4 DISCUSSÃO

O estudo teve como principal preposição relacionar o conhecimento (envolvendo os fatores de risco, sinais e sintomas, exames de detecção precoce e prevenção primária e frequência desses exames) e as atitudes (realização de consulta de prevenção, da mamografia e do exame de Papanicolaou para aquelas trabalhadoras com idade para realizar estes exames e motivos para realizar ou não a prevenção) de auto-cuidado das trabalhadoras da área de saúde. O conhecimento pode ser definido como o ato ou efeito de conhecer, noção, notícia, informação, experiência, idéia, relações entre pessoas não íntimas e trato (PRIBERAM, 2012). Quando levamos estes termos para a área de saúde, há uma variedade de fatores que interferem na absorção do conhecimento por parte dos trabalhadores da área, assim como a aplicação deste conhecimento no seu dia a dia, além da passagem deste saber de maneira eficaz ao outro que está sendo atendido. O trabalhador de saúde é um ser do cuidado, do conhecimento. Deve desenvolver tarefas que envolvam o processamento humano da informação, dependente do acesso ao conhecimento pelos indivíduos que as executam, utilizando um modelo mental do processo e do resultado com alto nível de atenção. Por fim, devem gerar informação útil como resultado (ERDMANN et al, 2006).

Os resultados do presente estudo relacionaram principalmente o nível de conhecimento sobre o câncer da mama com o compartilhamento dos resultados de exames e informações sobre a doença pelo médico; para o câncer do colo do útero, ser profissional da área de saúde e ter história familiar positiva para câncer no geral. Isto nos leva a crer que a percepção desses trabalhadores sobre os cuidados com os pacientes e, principalmente como promotores de saúde, é essencial para uma boa adesão aos métodos de prevenção por parte da população em geral.

Em uma pesquisa entre médicos e enfermeiras de um hospital holandês que atendia pacientes com câncer, foram estudadas as preferências dos cuidados em saúde desses pacientes, sendo então comparado o que era esperado pelos pacientes e o que foi estipulado pelo grupo assistencial. Os pacientes pontuaram como mais importante em sua assistência: conhecimento médico e de enfermagem (itens relativos ao conhecimento e experiência, informações completas sobre a situação da doença e a especialização no tratamento do

câncer), atitude do médico (itens relativos à simpatia, tempo disponibilizado, atenção pessoal, respeito, empatia, atenção aos pacientes, aos entes queridos, exatidão, oportunidade para o paciente fazer perguntas e confiança), acessibilidade dos serviços (acesso a todos os profissionais envolvidos em várias situações), equipamento hospitalar (modernidade) e consulta na sala de emergência pelo próprio médico. Neste mesmo estudo, os itens que menos importavam para os pacientes foram: apoio, assistência e reabilitação (oferecendo suporte profissional para ajudar os pacientes e seus familiares para lidar com as emoções, reintegração na sua rotina anterior (casa, trabalho, escola) e atenção diária para efeitos finais do tratamento), privacidade (ambos na clínica ambulatorial e na ala do hospital), hábitos (itens relativos às preferências individuais, decoração do quarto e hábitos alimentares), grupos de interesse dos doentes e conveniências (itens relativa à sala de espera e a sala de pacientes, acesso a jogos e instalações de recreação, disponibilidade de chás, café, refrigerantes e sopa) (WESSELS et al., 2010).

No Brasil, analisando o fluxo de entrada de casos de mulheres com câncer de colo do útero dentro de um serviço especializado, foi utilizada a ferramenta “Fluxograma Analisador do Modelo de atenção de um Serviço de Saúde”. Assistência adequada foi resultado de rede assistencial sólida, com integração dos pontos de atenção desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) até a atenção terciária. Neste processo mostrou-se eficaz o contato com a paciente, através do acolhimento, reconhecimento do risco individual, utilização da clínica ampliada, acessibilidade e resolubilidade (XIMENES NETO & CUNHA, 2006). Em outro estudo que avaliava o significado do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas no Brasil, chama a atenção que o reconhecimento dos fatores psicológicos no decorrer da doença e do tratamento por parte dos profissionais da área de saúde é importante. A relação médico-paciente superficial e linear pode ser altamente prejudicial. Isto pode reduzir a capacidade de compreensão e alcance do cuidado, que dificulta a adesão do paciente ao tratamento (TAVARES & TRAD, 2005).

A questão da prevenção em saúde e em particular do câncer é multidimensional. Citando Powe em artigo recente:

“Deve reconhecer-se que, não há nenhuma resposta única, sem intervenção única, nenhuma única pessoa, entidade ou organização que pode corrigir, reduzir ou eliminar as disparidades isoladamente do câncer. Em vez disso, é hora de abraçar, entender e buscar estratégias sustentáveis em longo prazo dentro de um paradigma de eliminação das disparidades. Este paradigma deve incluir estratégias de direcionamento de pacientes, fornecedores, barreiras do sistema de saúde, acesso, obstáculos financeiros e políticos, bem

como barreiras culturais e históricas, para citar alguns, que em conjunto contribuem tanto independentemente e interdependentemente para estas disparidades. Esta visão paradigmática promove um quadro em que vários parceiros (comunidade, governo, entidades civis, financeiras e política) podem começar a falar a mesma língua sobre as disparidades, desenvolver objetivos comuns e planos de ação de forma capitalizar sobre os pontos fortes de cada grupo” (POWE, 2007).

No atual estudo, a realização de consultas de prevenção, para ambos os cânceres, mostrou relação com o hábito do médico de compartilhar informações sobre a doença. Examinar as mamas levou também mais as trabalhadoras a essas consultas de prevenção do câncer da mama. Observou-se associação do conhecimento adequado sobre o câncer da mama, acesso aos serviços de saúde através de convênio particular ou da empresa e tempo de serviço maior que 10 anos à realização da mamografia. Para a realização do Papanicolaou, compartilhamento de informações pelo médico e maior escolaridade estavam associados. Seguramente, maior conhecimento e informação em saúde são fatores que consolidam a idéia de prevenção e movem a mulher a realizar tais exames. Sobre isto, Edermann et al. (2006), sugerem alguns pressupostos que podem auxiliar neste processo: reconhecimento do trabalhador de saúde como um trabalhador do conhecimento; este trabalhador como articulador desse conhecimento com intuito de melhorar as práticas de saúde e cuidado; promoção da saúde como um recurso aplicável, contínuo e dinâmico; promoção da qualidade de vida que resulta num processo educativo, político e organizativo, levando então a novas políticas públicas e sociais do país.

Outros estudos confirmam esses pressupostos. Num estudo de desenho ecológico em condados no estado da Flórida, EUA, foi estudada a associação entre o número de médicos da atenção básica e a incidência e mortalidade do câncer do colo do útero. Foi encontrada uma redução significativa das taxas de mortalidade nas localidades onde para cada aumento da oferta de médicos de família (um médico/10.000 pessoas), ocorria uma queda correspondente na taxa de mortalidade para até 65 casos/100.000 pessoas (CAMPBELL et al., 2003). Num estudo com universitárias nos EUA e o comportamento sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, foi detectado em boa parcela da população comportamento sexual de risco. Para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, foram levados em conta fatores individuais e de organização social. No estudo, padrões de interação entre parceiros em torno de questões sexuais e as normas gerais de comportamento sexual da população universitária foram analisadas. No nível individual, os investigadores observaram maior

consciência da prevenção entre as mulheres. Sugeriram-se então estratégias de abordagem através da teoria de eficácia, como modelagem e RPG (HALE & TRUMBETTA, 1996).

Em um estudo na população de mulheres negras recém-diagnosticadas com câncer da mama, foram observadas associações com níveis de renda mais alto (OR 0,79 IC 95% 0,68-0,92) e rapidez no diagnóstico (OR 0,25 IC 95% 0,11-0,57) com a prevenção do câncer da mama. Em relação à espiritualidade, novamente o maior nível de renda (OR 0,77 IC 95% 0,65-0,90) e sinais (OR 0,19 IC 95% 0,08-0,47) levaram a uma prevenção e diagnóstico mais precoces deste câncer (GULLATTE et al., 2009). Em um estudo sobre o comportamento e busca de informação da prevenção do câncer da mama entre mulheres asiáticas migrantes nos EUA, observou-se a associação entre o conhecimento, maior nível educacional, percepção de boa saúde e crença com a realização da mamografia e exame-clínico da mama. História recente de imigração foi negativamente associada com essas atitudes, demonstrando que imigrantes recentes eram menos propensas a tomar medidas preventivas, em comparação com aquelas que tinham ido para os Estados Unidos há um período mais longo. Mulheres ansiosas eram mais propensas a buscar informações e se envolver na triagem clínica. No entanto, ansiedade não foi prenúncio de medidas de rastreamento para câncer da mama (RIMAL & JUON, 2010).

As principais barreiras para não adesão à realização da mamografia e o exame de Papanicolaou foram: descuidar-se, falta de tempo, alto custo do exame, medo de mau trato durante a realização do exame, medo de descobrir a doença e considerar o exame desnecessário por não ter problemas ginecológicos. Essas barreiras também se repetem para outros estudos. Em um estudo de coorte entre médicos nos EUA que estudou a relação em ter ou não acesso aos serviços de saúde no geral e a prevenção de doenças, 34% deles não tinham convênio de saúde, 28% não tinham serviço médico regular e 7% tratavam de si próprios. Após o ajuste para idade, co-morbidades, itens de saúde do Questionário Reduzido sobre Saúde (*Short-form Health Survey* – SF 36), resultaram numa menor aderência da realização de mamografia entre aquelas médicas que não possuíam convênio de saúde (OR= 0,16; IC 95%: 0,03-0,84) (GROSS et al., 2000).

Em um estudo com mulheres latinas (migrantes recém ingressas ou nascidas nos EUA de Porto Rico, República dominicana, México e outros) de áreas metropolitanas e rurais, as principais barreiras detectadas foram: medo e descrença (relacionado ao estado de migrante, possibilidade de divórcio, adoecimento e morte); pouco controle ou comunicação (transporte, dinheiro, língua); pouco conhecimento (anatômico, experiência com o sistema de saúde local), relação de gênero (regras sociais, poder e nível social) e religião (correlação com a

saúde) (ERWIN et al., 2007). Entre mulheres que tinham alguma alteração no exame de Papanicolaou nos EUA, acompanhadas no Projeto de Prevenção e Educação em Câncer do colo do útero, foram observadas associações entre problemas com o chefe no trabalho (RR=2,0; IC 95%:1,6-2,5), violência severa por parte do companheiro (RR= 1,7; IC 95%:1,3-2,2), estar sem teto (RR= 2,0;IC 95%:1,4-2,9) e gravidez não planejada (RR =1,8;IC 95%:1,3-2,4) com o abandono do seguimento relacionado a estes eventos de estresse. Foi também observado que as mulheres que apresentavam mais sintomas depressivos abandonavam mais o programa (RR=1,24; IC 95%: 1,09-1,41) e o nível de estresse entre aquelas que abandonaram o tratamento foi maior do que aquelas mulheres que seguiam com o programa de prevenção (p=0,047) (COKER et al., 2006).

Em uma pesquisa com mulheres do movimento dos sem terra, foi constatado que não havia acesso garantido às mulheres em idade fértil ao exame de Papanicolaou, estando restrita a sua realização durante os exames de pré-natal. Essas mulheres, no geral, tinham o conhecimento básico sobre o exame, mas não atribuíam a este tanta importância quanto ao pré-natal. Os principais fatos que interferiam na prevenção foram: marcação tardia do exame, restrição de acesso aos resultados, vergonha da realização, medo e não considerar o exame necessário por não ter problemas ginecológicos (MAEDA et al., 2007). Entre migrantes do Camboja, Somália e Vietnã nos EUA, as taxas de realização do exame de Papanicolaou e mamografia eram muito baixas. Ao contrário do rastreamento para o câncer do cólon, que também foi estudado, essas taxas não se elevavam com o passar dos anos vivendo naquele país (até 15 anos de média entre as cambojanas, nove e seis anos entre as vietnamitas e somalis, respectivamente). As barreiras para a não realização dos exames foram: médicos homens e o entendimento da língua (SAMUEL et al., 2009).

Partindo do princípio que a saúde e doença têm causas ou condições que vão além da biologia e comportamento do ser humano individual, é necessária uma abordagem sistêmica por parte dos trabalhadores da área de saúde para realizar uma assistência adequada. Para que isto ocorra a contento, é necessário que sejam propiciados: relacionamentos humanos, compreensão da saúde pública com estudos especializados, abordagem organizacional de sistemas de saúde e cuidados de saúde, buscando diversidade nas metodologias de enfrentamento. A tarefa de escolher os métodos apropriados é complicada pelo fato dos sistemas já implantados muitas vezes alterarem a percepção de quais são os problemas, onde se encontram seus limites e quem deveria decidir como abordá-los (LEISCHOW & MILSTEIN, 2006).

Algumas estratégias podem ser utilizadas para a melhora desta adesão. Para a Organização Pan Americana de Saúde, o controle e prevenção do câncer do colo do útero perpassam por: análise da situação de saúde; intensificação da informação, educação e aconselhamento; fortificação do rastreamento e programas de tratamento das lesões pré-cancerígenas; estabelecimento de sistemas integrados dos registros do câncer e aspectos relacionados; melhora do acesso e qualidade do tratamento do câncer e dos cuidados paliativos; geração de evidências que facilitem a decisão sobre a introdução da vacina para HPV; advogar acesso igualitário e disponibilizar a vacina (LUCIANI & ANDRUS, 2008).

Na Inglaterra, o Grupo Multidisciplinar da Mama (“Breast multidisciplinary team”-MDT) no Reino unido, detectou baixa qualidade dos dados em saúde, afetando diretamente o programa de prevenção do câncer da mama. Foi então proposta a criação de uma base de dados, que permita análises computadorizadas, trazendo todos os eventos clínicos e tratamentos desde o seu início até o desfecho final de cada paciente. Este sistema deverá ser de fácil manejo, baixo-custo e que forneça dados que possam ser generalizados. Espera-se dessa forma que o uso desse programa em múltiplos locais desde localmente até internacionalmente possa melhorar o tratamento de cada paciente por conta do pareamento do histórico e tratamento de outros pacientes com características clínicas e epidemiológicas semelhantes (REW, 2009).

No Brasil, para organizar a assistência na prevenção do câncer de colo do útero, devem-se desenvolver métodos oportunos de captura das mulheres que freqüentam os postos, expondo cartazes que demonstram as técnicas utilizadas nos exames, fornecendo informações para o momento da coleta, criando espaços de privacidade para a mulher durante o exame, identificando e treinando profissionais sensibilizados para convencer as mulheres que estão na sala de espera para realizarem o exame e incentivar adoção de hábitos saudáveis pela mulher, que envolvem alimentação e exercícios físicos. No entanto essas premissas são de difícil cumprimento por conta de diversos fatores: questões culturais e históricas de submissão das mulheres aos seus parceiros, que pode promover o afastamento de mulheres das Unidades de Saúde e mulheres; maior vulnerabilidade social, propiciando uma menor consciência sobre a realização do exame de Papanicolaou. Portanto os projetos que tentam melhorar o rastreamento do câncer do colo do útero devem incluir os homens nas campanhas de prevenção e considerar as questões culturais que envolvem as mulheres. Para isso, é importante que a linguagem utilizada seja menos tecnicista e mais adequada aos seus interesses e necessidades (BRITTO DA CRUZ & LOUREIRO, 2008).

Esta estratégia é corroborada num estudo realizado pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças (“Centers for Disease Control and Prevention” – CDC). Do material educativo direcionado para a população nos EUA sobre o câncer do colo do útero, todos tinham informações sobre o HPV e o risco de desenvolver o câncer do colo do útero. Destes, a grande maioria, mencionava a prevalência do HPV e a relação da doença (dez folhetos), incluindo a descrição dos testes para HPV e cuidados que o profissional deveria ter em relação à assistência (nove folhetos) e como os dois testes poderiam ser utilizados em conjunto (sete folhetos). Dos onze folhetos analisados, sete explicavam que a recomendação de frequência do exame de Papanicolaou para mulheres com mais de 30 anos com testes negativos prévios era de três anos. Foi notada ausência de mensagens sobre a extensão dos intervalos para mulheres com resultados negativos do preventivo (nove folhetos) e a necessidade de outros exames de prevenção da saúde (dez folhetos). Em relação ao conteúdo dos materiais o nível estipulado foi de 9,2 (intervalo de 6,5 a 12,0, média 9,0) de acordo com a Escala Simplificada de Gobbledygook (sigla em inglês SMOG) e no Teste de Flesch de Fácil Leitura (sigla em inglês FRE) 67,5 (intervalo de 49 a 84, média 71,9). Na escala FRE, 45 ou mais pontos equivalem a uma instrução universitária. Em sete folhetos, o escore alcançado foi de 69,1 na escala FRE. A análise final concluiu que os avanços tecnológicos da saúde devem ser disponibilizados para todo o público, no entanto, estes devem ser convertidos para uma linguagem educativa mais simples para informar melhor os pacientes (ROLAND et al., 2009).

Para que haja o envolvimento do profissional da saúde com seu próprio cuidado e o conseqüente cuidado com a população em geral, é necessário o desenvolvimento de estratégias de educação continuada para tais profissionais. Alguns estudos demonstram experiências de sucesso. Em uma coorte de médicos generalistas holandeses onde foi estudada a aderência desses médicos as diretrizes nacionais para rastreamento do câncer do colo do útero, após um programa de educação continuada em um período de dois anos, houve um aumento estatisticamente significativo ($p < 0,001$) na aderência de nove de 10 indicadores para estas diretrizes. Os principais elementos para esse sucesso foram: uso de módulos em software (facilitava a seleção de mulheres, gerando convites, monitoramento do comparecimento, envio de lembretes e monitoramento do seguimento), visitas de supervisores e educação médica continuada individual ou em grupo. Nos distritos desses médicos, houve comparecimento ao rastreamento do câncer do colo do útero 13% em média maior do que a abordagem baseada na comunidade (através de convites e lembretes às mulheres elegíveis por parte de autoridades locais) (HERMENS et al., 2001).

A respeito da efetividade de um programa de Detecção Precoce de Câncer da Mama (Programa Regional de Detección Precoz de Cáncer de Mama – DEPRECAM) e a opinião de médicos generalistas espanhóis, a maioria reconheceu que a efetividade era muito alta, alta ou aceitável (81,4%). A maioria deles (94,3%) concorda que os médicos de família deviam informar suas pacientes a respeito das atividades preventivas, incluindo o rastreio para câncer da mama. A maior parte (95%) concorda que seu conselho é útil para convencer os pacientes a realizar a mamografia e muitos (72,1%) acreditam que lhe falta informação sobre o programa. A maioria (95%) deles aconselha a mulher a realizar a mamografia. Na sua visão o DEPRECAM é bom ou muito bom para a população em 80,2% das opiniões expressa pelos médicos (ELUSTONDO et al., 2008). Outro estudo com médicos espanhóis demonstrou que estes parecem muito preocupados com as informações fornecidas para pacientes com câncer da mama e revela falta de preparação e medo, não se sentindo qualificado para dar a notícia do diagnóstico. As relações com a atenção secundária do sistema de saúde são outro problema; não há a agilidade efetiva para referenciar as pacientes como o recomendado. Desta forma estes médicos vêem a prevenção com um papel muito importante (MORAL et al., 2006).

Em um trabalho entre estudantes de medicina na Suíça e o nível de conhecimento deles sobre o câncer da mama, após a realização de um programa de educação sobre o tema ao longo de 15 anos, concluiu-se que o engajamento e cooperação da faculdade dentro das várias especialidades resultaram em um progressivo refinamento dos objetivos de aprendizado, conteúdo do curso e abordagem da instituição. A herança para os graduandos é que na pós-graduação, o contínuo treinamento em muitas especialidades torna o médico mais sensível ao eficiente cuidado aos pacientes com câncer (FICHE et al., 2010).

Na população em geral, alguns estudos mostraram efetividade em programas educacionais de detecção precoce do câncer da mama e prevenção primária para o câncer do colo do útero. Em um estudo de caso-controle entre mulheres latinas nos EUA e a relação entre a aderência ao preventivo após implementação de programa com educadores em saúde, foram comparados os resultados entre aquele grupo de mulheres que receberam as informações providas e outro grupo que não recebeu tais informações. Observou-se diferença de taxas entre os dois grupos (71% grupo intervenção; 22% controles, $p=0,004$) em relação à realização do exame de Papanicolaou em seis meses. Novamente foi observada associação entre o grupo intervenção ($p<0,001$) e aumento do conhecimento sobre o câncer do colo do útero após seis meses. Houve também um aumento significativo de atitudes mais positivas entre os participantes da intervenção (O'BRIEN et al., 2010).

Em um estudo semelhante, também entre mulheres latinas naquele país e o resultados de um programa de educação, a primeira fase do estudo envolveu as contribuições da comunidade na construção do saber, e a segunda fase a intervenção educativa padrão comparada com a intervenção baseada na arte para promover a saúde da mama e a vontade de participar em ensaios clínicos. Os resultados mostraram que o uso da arte na população Latina aumentou a disponibilidade para inscrever-se em ensaios clínicos. A prevenção do câncer por esforços educacionais usando educadores de saúde comunitários rendeu bons resultados em aumentar o conhecimento sobre a doença. Observou-se também que esses educadores muitas vezes são capazes de atingir objetivos de aprendizagem e comportamentais mais efetivos pelo fato de seus conhecimentos inerentes de comunicação cultural e normas motivacionais (HERMAN & LARKEY, 2010).

No desenvolvimento de um programa de prevenção do câncer do colo do útero em uma área rural mexicana, foi montada a estratégia de discussão em grupos focais sobre sexualidade, câncer do colo do útero e desvantagens e vantagens no curso de ação da educação em saúde daquela população. Foram treinados educadores em saúde da comunidade (agentes comunitários, professores de escolas e médicos). Os principais aspectos abordados foram: causas do câncer do colo do útero, fatores de risco, prevenção, concepções populares falhas sobre o tema e medidas de prevenção. Direitos e deveres em saúde, empoderamento da mulher, habilidades na comunicação e expressão de sentimentos também foram incluídos no treinamento. O treinamento durou em média uma semana, a depender das necessidades da localidade. As ações na comunidade duraram seis meses, envolvendo realização do exame de Papanicolaou (14,7% da população nunca haviam realizado o exame e destas 12% nunca tinham ouvido falar deste). Como meio de avaliação do programa, foram realizados pré-testes e pós-testes após o treinamento com as mulheres na comunidade. A média de acerto sobre o conhecimento do câncer (informação geral, conseqüências, fatores de risco, prevenção e o exame de Papanicolaou) foi de 62,9% no pré-teste, 61,5% no pós-teste sem participação no treinamento e 71,1% no pós-teste com treinamento. Em relação a atitudes (direcionamento da saúde, câncer, parceiro, percepção da atitude do parceiro, comunicação e confiança na equipe de saúde) as atitudes positivas foram de 71,5%, 68,5% e 74,1% respectivamente nos testes. Em relação ao comportamento (realização do exame de Papanicolaou nos últimos nove meses) os índices de realização do exame antes foram de 20,6% antes da intervenção, 46% após a intervenção sem o treinamento e 56,2% após intervenção com o treinamento (GIVAUDAN et al., 2005).

Em outro programa de educação em saúde do câncer da mama e do colo do útero baseado no modelo de crença na saúde com população negra de mulheres nos EUA, foram escolhidos educadores de saúde dentro daquela comunidade atuantes em igrejas e centros comunitários. Além disso, pacientes que passaram pela experiência do câncer da mama passavam mensagens de empoderamento, otimismo e sucesso decorrentes de rastreamento e diagnóstico precoces. O treinamento foi inicialmente previsto para seis semanas, no entanto, a incorporação de ferramentas não tradicionais no processo dificultou a aprendizagem, prolongando então o tempo de treinamento. Após 16 semanas, 79% dos educadores de saúde concluíram o treinamento. O programa mostrou-se eficaz para o treinamento desses educadores de saúde, principalmente através do acesso da comunidade no processo de formação (HURD et al., 2003). Em outro programa foi utilizado o método dos Modelos Explanatório Cultural entre mulheres nos EUA para avaliar suas atitudes no rastreamento do câncer da mama. Este modelo era baseado em três fatores: culturais, socioeconômicos e rede comunitária de apoio. Os fatores que mais influenciaram nesta abordagem foram experiência de vida, localização geográfica, nível educacional e sócio econômico, aculturação, assimilação e linguagem. Na prática observou-se que o trabalho com assistentes sociais foram importantes na prevenção do câncer da mama. Este abordagem foi essencial no esforço para a eliminação das disparidades nos cuidados em saúde (SIMON, 2006).

CONCLUSÕES

1. Maior nível de conhecimento sobre o câncer da mama foi associado ao compartilhamento dos resultados de exames e informações sobre a doença pelo médico; para o câncer do colo do útero, ser profissional da área de saúde e ter história familiar positiva para câncer no geral influenciaram positivamente sobre o conhecimento sobre a doença.
2. A realização de consultas de prevenção, para ambos os cânceres, mostrou relação com o hábito do médico de compartilhar informações sobre a doença. Examinar as mamas levou também mais as trabalhadoras às consultas de prevenção do câncer da mama.
3. Os principais motivos que levaram a essas profissionais a realizar a mamografia e o exame de Papanicolaou regularmente foram a consciência da prevenção, estar na idade de realizar, por ser parte dos exames de rotina, por solicitação médica, vontade própria, por influência de campanhas e por se sentir vulnerável a doença.
4. Observou-se associação do conhecimento adequado sobre o câncer da mama, acesso aos serviços de saúde através de convênio particular ou da empresa e tempo de serviço maior que 10 anos à realização da mamografia. Para a realização do Papanicolaou, compartilhamento de informações pelo médico e maior escolaridade estavam associados.
5. As principais barreiras para não adesão a realização da mamografia e o exame de Papanicolaou foram: descuidar-se, falta de tempo, alto custo do exame, medo de ser mal tratada durante a realização do exame, medo de descobrir a doença e considerar o exame desnecessário por não ter problemas ginecológicos.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT BREAST AND CERVICAL CANCER BETWEEN HEALTH WORKERS

In Brazil, approximately 53,000 cases of breast cancer and 17,000 new cases of cervical cancer are expected in 2012. Among these cases, it is estimated that 2,100 new cases of breast cancer and 800 new cases of cervical cancer occur in the State of Bahia on this year. The clinical examination of breasts, mammography and Pap smear should be performed for early detection of breast and cervical cancer. It was performed a cross-section study in the period from May to September 2011 in a home care service (HCS) in Salvador and Lauro de Freitas, Bahia, in order to assess the level of knowledge of female healthcare workers about these diseases and correlate this knowledge with the early detection of breast and cervical cancer. The level of knowledge was more associated with the sharing of results of examinations (RP = 1.53) and general information (RP = 1.39) by the doctor, while the level of knowledge about the cervical cancer was more associated with positive family history for cancer (RP = 1.20) and be a healthcare professional (RP = 1.17). Shared information by the doctor was associated with consultations for the early detection of breast (OR = 3.40) and cervical (OR = 6.87) cancer. Examination of breasts by the same professional was associated too with the consultations for the early detection of breast cancer (OR = 4.45). The main reasons why these professionals performed the mammography and Pap smear regularly were: awareness of prevention, be in age to perform examination, as part of routine examinations, medical demand and own desire. Adequate knowledge about breast cancer (OR = 6.13), access to health services through private services (OR = 5.40) and length of service more than 10 years (OR = 3.62) were associated to the implementation of the mammogram. Information shared by the doctor (OR = 7.85) and high level of education (OR = 5.33) were associated with the completion of the Pap smear regularly. Among those that did not perform the prevention as recommended, the main barriers were: neglect, lack of time, cost of the examination, fear of being badly treated during the examination, consider unnecessary exam for not having gynecological problems and fear of discovering disease. In conclusion, we found a positive attitude of healthcare workers regarding the implementation of the prevention of breast and cervical cancer. It is important, however, incentive from forming institutions and workplaces of these professionals, both in the private as the public sector, to continuing education. This is also important for them and for the release of correct information on early detection of breast cancer and primary prevention of cervical cancer for the population in General.

Keywords: 1. Breast Cancer; 2. Cervical Cancer; 4. Health Workers; 4. Knowledge; 5. Attitudes; 6. Primary prevention.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAÍDO-LANZA, A.F. CHAO, M.T. GAMMON, M.D. Breast and Cervical Screening among Latinas and Non-Latinas Whites. *American Journal of Public Health*, 94(8): 1393-98.
- AGARWAL, G. PRADEEP, P.V. AGGARWAL, V. YIP, C.H. CHEUNG, P.S. Spectrum of breast cancer in Asian women. *World Journal of Surgery*, 31(5):1031-40, 2007.
- ALCARAZ, M. LLUCH, A. MIRANDA, J. PEREIRO, I. SALAS, M.D. Estudio de La no participación en El programa de prevención de câncer de mama em la ciudad de Valencia. *Gaceta Sanitaria*, 16(3): 230-5, 2002.
- ALDRICH, T. BECKER, D. GARCIA, S.G. LARA, D. Mexican physicians' knowledge and attitudes about the human papillomavirus and cervical cancer: a national survey. *Sexually Transmitted Infections*, 81: 135-41, 2005.
- ALDRICH, T. LANDIS, S. GARCIA, S.G. BECKER, D. SANHUEZA, P. HIGUERA, A. Cervical cancer and HPV link: Identifying areas for education in Mexico City's public hospital. *Salud Pública de México*, 48 (3): 236-43, 2006.
- ALTPETER, M. MITCHELL, J. PENNELL, J. Advancing Social Workers' Responsiveness to Health Disparities: The Case of Breast Cancer Screening. *Health & Social Work*, 30(3): 221-32, 2005.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Early Detection of Cervical Cancer. *A Cancer Journal for Clinicians*, 52:375-6, 2002.
- BARROS, D.O.S. Mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 148 p, 2005.
- BEGHINI, A.B. SALIMENA, A.M/O. MELO, M.C.S.C. SOUZA, I.E.O. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(4): 637-44, 2006.
- BRAATEN, T. WEIDERPASS, E. KUMLE, M. LUND, E. Explaining the Socioeconomic Variation in Cancer Risk in the Norwegian Women and Cancer Study. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, 14(11): 2591-97, 2005.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei No. 10.424, de 15 de abril de 2002*. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm>. Acesso em 18 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas recomendadas para profissionais de saúde*, 65 p, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância à Saúde. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de jan de 2006*. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Publicada no Diário Oficial da União em 30 de jan de 2006 b. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&mode=PRINT_VERSION>. Acesso em 24 de out de 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria No. 2.529 de 19 de out de 2006*. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde Publicada no Diário Oficial da União em 20 de out de 2006 c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>>. Acesso em 24 de out de 2010.

_____. *Instituto Nacional do Câncer*. Tipos de câncer: Mama. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em 12 de dez. 2011a.

_____. *Instituto Nacional do Câncer*. Tipos de câncer: Colo do Útero. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio>. Acesso em 12 de dez 2011b.

_____. *Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer*. Estimativa 2012 - Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>. Acesso em 06 de mar 2012.

BRENNNA, S.M.F. HARDY, E. ZEFERINO, L.C. NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer do colo uterino. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 17(4): 909-14, 2001.

BRITTO DA CRUZ, L.M. LOUREIRO, R.P. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde e Sociedade*, 17(2): 120-31, 2008.

BRODY, J.G. TICKNER, J. RUDEL, R.A. Community-Initiated Breast Cancer and Environment Studies and Precautionary Principle. *Environmental Health Perspectives*, 113 (8): 920-5, 2005.

BURGER, R.A. MONK, B.J. VAN NOSTRAND, K.M. GREEP, N. ANTON-CULVER, H. MANETTA, A. Single-Visit Program for Cervical Cancer Prevention in a High-Risk Population. *Obstetrics & Gynecology*, 86(4): 491-8, 1995.

CALONGE, N. DeWITT, T.G. DIETRICH, A.J. GREGORY, K.D. GROSSMAN, D. ISHAM, G. LeFREVE, M.L. LEIPZIG, R.M. MARION, L.N. MELNYK, B. MOYER, V.A. OCKENE, J.K. SAWAYA, G.F. SCWARTZ, J.S. WILT, T. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(10): 716-26, 2009.

CAMPBELL, R.J. RAMIREZ, A.M. PEREZ, K. ROETZHEIM, R.G. Cervical Cancer Rates and the Supply of Primary Care Physicians in Florida. *Family Medicine*, 35(1): 60-4, 2003.

CANDIDO, J.B. FERREIRA, J.C. BONILHA, J.L. CURY, P.M. Colo do Útero: alterações citológicas mais frequentes e fatores de risco predisponentes em uma população de São José do Rio Preto – SP. *Arquivos Ciência da Saúde*, 13(1): 18-21, 2006.

CASTRO-JIMÉNEZ, M.A. VERA-CALA, L.M. POSSO-VALENCIA, H.J. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: Estado del arte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(1): 182-9, 2006.

CIBEIRA, G.H. GUARAGNA, R.M. Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama. *Revista de Nutrição, Campinas*, 19(1): 65-75, 2006.

COKER, A.L. BOND, S.M. PIRISI, L.A. Life Stressors Are an Important Reason for Women Discontinuing Follow-up Care for Cervical Neoplasia. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 15(2): 321-5, 2006.

COSTA DE OLIVEIRA, M.M. TORRESAN, C. VIEIRA DE OLIVEIRA, S.F. TORREZAN, G. T. ABUAZAR, C.S. LIMA, R.S. URBAN, C.A. CAVALLI, L.R. RIBEIRO, E.M.S.F. CAVALLI, I.G. Epidemiologia do câncer de mama em pacientes do sul do Brasil. *Boletim Epidemiológico Paulista (Online)*, 6(63), 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18064272200900030000&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 18 de fevereiro de 2012.

COOPER, D. HOFFMAN, M. CARRARA, H. ROSENBERG, L. KELLY, J. STANDER, I. DENNY, L. WILLIAMSON, A.L. SHAPIRO, S. Determinants of sexual activity and its relation to cervical risk among South African Women. *Bio Med Central Public Health*, 7: 341, 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/341>>. Acesso em 20 de julho de 2010.

COUGHLIN, S.S. UHLER, R.J. Breast and Cervical Cancer Screening Practices among Asian and Pacific Islander Women in the United States, 1994-1997. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, 9: 597-603, 2000.

COUGHLIN, S.S. KING, J. RICHARDS, T.B. EKWUEME, D. Cervical Cancer Screening among Women in Metropolitan Areas of the United States by Individual-Level and Area-Based Measures of Socioeconomic Status, 2000 to 2002. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, 15 (11): 2154-9, 2006.

DELUCA, G.D. LUCERO, R.H. MARTIN DE CIVETTA, M.T. VICENTE, L. GORODNER, O.L.Z. SCHELOVER, E. ALONSO, J.M. Human papillomavirus in women with cervical cytological abnormalities from an area with high incidence of cervical cancer. *Revista do Instituto de Medicina Tropical, São Paulo*, 46 (1): 9-12, 2004.

DIAS DA COSTA, J.S. D'ELIA, P.B. MANZOLLI, P. MOREIRA, M.R. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*, 3(5): 308-13, 1998.

DIGNAN, M.B. MICHELUTTE, R. WELLS, H.B. SHARP, P. BLINSON, K. CASE, D. BELL, R. KONEN, J. DAVIS, S. McQUELLON, R.P. Health education to increase screening for cervical cancer among Lumbee Indian Women in North Caroline. *Health Education Research*, 13 (4): 545-56, 1998.

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

EDERMAN, A.L. ANDRADE, S.R. MELLO, A.L.S.F. HÖRNER, MEIRELLES, B.H.S. Gestão das práticas de Saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(3): 483-91, 2006.

ELUSTONDO, S.G. PADILLA, E.S. ALESÓN, V.R. HERNÁNDEZ, M.J.G. NAVARRO, A.G. GÓMEZ, C.L. Opinión y participación de los médicos de familia de la comunidad de Madrid en el Programa Regional de Detección Precoz de Cáncer de Mama em 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82(2): 201-8, 2008.

ERWIN, D.O. JOHNSON, V.A. TREVINO, M. DUKE, K. FELICIANO, L. JANDORF, L. A Comparison of African American and Latina Social Networks as Indicators for Culturally Tailoring a Breast and Cervical Cancer Education Intervention. *Cancer*, S 109(2): 368-77, 2007.

FAIR, A.M. WUJCIK, D. LIN, J.M.S. ZHENG, W. Psychosocial Determinants of Mammography Follow-up after Receipt of Abnormal Mammography Results in Medically Underserved Women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21(1): 71-94, 2010.

FERREIRA, M.L.M. OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1): 5-15, 2006.

FIALHO, A.V.M. PAGLIUCA, L.M.F. SOARES, E. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidador domiciliar à luz do modelo de Barnum. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(5): 715-20, 2002.

FICHE, M. LEPORI, D. GUNTERA, D. JUCKER-KUPPER, P. JEANNERET, W. ZAMAN, K. VADOT, S. DELALOYE, J.F. Improving Breast Cancer Education: The Case of an Envolving Multidisciplinary Module for Undergraduate Medical Students (Lausanne Medical School, 1993-2008). *Journal of Cancer Education*, 25: 101-5, 2010.

FOX, S.A. SIU, A.L. STEIN, J.A. The importance of physician communication on breast cancer screening of older women. *Archives of Internal Medicine*, 154 (18): 2058-68.

FRANCESCHI, S. CLIFFORD, G. PLUMMER, M. Prospects for primary prevention of cervical cancer in developing countries. *Salud Pública de México*, 45 (Suppl 3): S430-6, 2003.

FRANCO, E.L. DUARTE-FRANCO, E. FERENCZY, A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *Canadian Medical Association Journal*, 164(7): 1017-25, 2001.

GALANIS, D.J. KOLONEL, L.N. LEE, J. MARCHAND, L. Anthropometric predictors of breast cancer incidence and survival in a multi-ethnic cohort of female residents of Hawaii, United States. *Cancer Causes and Control*, 9: 217-24, 1998.

GAZIANO, C. HOROWITZ, A. Knowledge Gap on Cervical, Colorectal Cancer Exist Among U.S. Women. *Newspaper Research Journal*, 22(1): 12-27, 2001.

GIVAUDAN, M. PICK, S. POORTINGA, Y.H. FUERTES, C. GOLD, L. A Cervical Cancer Prevention Programme in Rural Mexico: Addressing Women and their Context. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 15: 338-52, 2005.

GODINHO, E.R. KOCH, H.A. Rastreamento do câncer de mama: Aspectos relacionados ao médico. *Radiologia Brasileira*, 37(2): 91-99, 2004.

GONZÁLEZ-SALINAS, C. MADRIGAL DE LEÓN, H.G. RAMÍREZ, M.P.P. DICKINSON, B. ROSAS, P. ORTEGA, F. Conocimientos y actitudes de trabajadoras de salud em torno al programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. *Atención Primaria*, 18(5): 237-42, 1996.

GROSS, C.P. MEAD, L.A. FORD, D.E. KLAG, M.J. Physician, Heal Thyself? *Archives of Internal Medicine*, 160: 3209-14, 2000.

GULLATTE, M.M. BRAWLEY, O. KINNEY, A. POWE, B. MOONEY, K. Religiosity, Spirituality, and Cancer Fatalism Beliefs on Delay in Breast Cancer Diagnosis in African American Women. *Journal of Religion and Health*, 49: 62-72, 2010.

HALE, P.J. TRUMBETTA, S.L. Women's Self-Efficacy and Sexually Transmitted Disease Preventive Behaviors. *Research in Nursing & Health*, 19: 101-10, 1996.

HERMAN, P.M. LARKEY, L.K. Effects of an Art-Based Curriculum on Clinical Trials Attitudes and Breast Cancer Prevention Knowledge. *Health Education & Behavior*, 33(5): 664-76, 2006.

HERMENS, R.P.M.G. HAK, E. HULSCHER, M.E.J.L. BRASPENNING, J.C.C. GROL, R.P.T.M. Adherence to guidelines on cervical cancer screening in general practice: programme elements of successful implementation. *British Journal of General Practice*, 51: 897-903, 2001.

HERNANDEZ, B. VGUYEN, T.V. Cervical human papillomavirus infection among female sex workers in southern Vietnam. *Infectious Agents and Cancer*, 3(7). Disponível em: <<http://www.infectagentscancer.com/content/3/1/7>>. Acesso em 18 de julho de 2010.

HUGHES, C. Cervical cancer: prevention, diagnosis, treatment and nursing care. *Nursing Standart*, 23 (27): 48-56, 2009.

HUNTER, D.J. SPIELGELMAN, D. ADAMI, H.O. VAN DEN BRANDT, P.A. FOLSOM, A.R. GOLDBOHN, A. GRAHAM, S. HOWE, G.R. KUSHI, L.H. MARSHALL, J.R. MILLER, A.B. SPEIZER, F.E. WILLETT, W. WOLK, A. YAUN, S.S. Non-dietary factors as risk factors for breast cancer, and as effect modifiers of the association of fat intake and risk of breast cancer. *Cancer Causes and Control*, 8: 49-56, 1997.

HURD, T.C. MUTI, P. ERWIN, D.O. WOMACK. S. An evaluation of the integration of non-traditional learning tools into a community based breast and cervical cancer education program: The witness project of Buffalo. *BMC Cancer*, 3: 18, 2003. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/3/18>>. Acesso 17 de janeiro de 2008.

JAIN, N. IRWIN, K.L. MONTANO, D. KASPRZYK, D. CARLIN, L. FREEMAN, C. BARNES, R. CHRISTIANN, J. WOLTERS, C. Family Physicians' Knowledge of Genital Human Papillomavirus (HPV) Infection and HPV-related Conditions, United States, 2004. *Family Medicine*, 38(7): 483-9, 2006.

JOHNSON, K. M. TAYLOR, V.M. LESSLER, D. THOMPSON, B. GOLDBERG, H. Inner city primary care provider's breast cancer screening knowledge: implications for intervention. *Journal of Community Health*, 23 (1): 1-13, 1998.

KATZ, S.J. ZEMENCUK, J. K. HOFER, T.P. Breast Cancer Screening in the United States and Canada 1994: Socioeconomic Gradients Persist. *American Journal of Public Health*, 90 (5): 799-803, 2000.

KAWONGA, M. FONN, S. Achieving effective cervical screening coverage in South Africa through human resources and health systems development. *Reproductive Health Matters Journal*, 16(32): 32-40, 2008.

KERLIKOWSKA, K. Evidence-Based Breast Cancer Prevention: The Importance of Individual Risk. *Annals of Internal Medicine*, 151(10): 750-2, 2009.

KJÆR, S.K. VAN DEN BRULE, A.J.C. BOCK, J.E. POLL, P.A. ENGHOLM, G. SHERMAN, M.E. WALBOOMERS, J.M.M. MEIJER, C.J.L.M. Determinants for Genital Human Papillomavirus (HPV) Infection in 1000 Randomly Chosen Young Danish Women with Normal Smear: Are There Different Risk Profiles for Oncogenic and Nononcogenic HPV Types? *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 6: 799-805, 1997.

LACERDA, M.R. GIACOMOZZI, C.M. OLINISKI, S.R. TRUPPEL, T.C. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*; 15 (2): 88-95, 2006.

LEGLER, J. MEISSNER, H.I. COYNE, C. BREEN, N. CHOLLETTE, V. RIMER, B.K. The Effectiveness of Interventions to Promote Mammography among Women with Historically Lower Rates of Screening. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 11: 59-71, 2002.

LEISCHOW, S.J. MILSTEIN, B. Systems Thinking and Modeling for Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, 96(3): 403-5, 2006.

LINHARES, A.C. VILLA, L.L. Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV). *Jornal de Pediatria*, 82 (3 Suppl): S25-34, 2006.

LUCIANI, S. ANDRUS, J.K. Pan American Health Organization strategy for cervical cancer prevention and control in Latin America and The Caribbean. *Reproductive Health Matters Journal*, 16(32): 59-66, 2008.

LUQUIS, R.R. CRUZ, I.J. Knowledge, attitudes, and perceptions about breast cancer and breast cancer screening among Hispanic women residing in south central Pennsylvania. *Journal of Community Health*, 31 (1): 25-42, 2006.

LURIE, N. MARGOLIS, K.L. McGOVERN, P. MINK, P.J. SLATER, J.S. Why Do Patients of Female Physicians Have Higher Rates of Breast and Cervical Cancer Screening? *Journal of General Internal Medicine*, 12: 34-43, 1997.

MAEDA, S.T. BORGES, A.L.V. NAKAMURA, E. MIYAHIRO, D. SILVA, L.F. Access to pre-natal care and cervical cancer prevention action among women from Brazilian Landless Workers Movement. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(3): 433-8, 2007.

MACHADO, A.L.G. JORGE, M.S.B. FREITAS, C.H.A. A vivência do cuidador familiar vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2): 246-51, 2009.

MARTINS, A.A. FRANCO. T.B. MERHY, E.E. FEUERWERKER, L.C.M. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19(2): 457-74, 2009.

McTIERNAN, A. Behavioral Risk Factors in Breast Cancer: Can Risk Be Modified? *The Oncologist*, 8: 326-34, 2003.

MOLINA, L; DALBEN, I; DE LUCA, L.A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias de mama. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(2): 185-90, 2003.

MORAL, R.R. SALVADOR, J.R. PÉRULA, L. FERNÁNDEZ, I. MARTÍNEZ, J. FERNANDÉZ, M.J. YUN, A. ARBONÍES, J.C. CABANÁS, M.A. LUQUE, L. MONT, M.A. Problemas y soluciones em la atención sanitária de enfermedades crônicas. Um estudo qualitativo com pacientes y médicos. *Atención Primaria*, 38(9): 483-9, 2006.

MOTTA, E.V. FONSECA, A.M. BAGNOLI, V.R. RAMOS, L. PINOTTI, J.A. Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47(4): 302-10, 2001.

MURTA, E.F.C. FRANCA. H.G. CARNEIRO, M.C. CAETANO, M.S.S.G. ADAD, S.J. HAZARABEDIAN DE SOUZA, M.A. Câncer do Colo uterino: Correlação com o início da atividade Sexual e Paridade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 21(9): 555-9, 1999.

MUTYABA, T. MMIRO, F.A. WEIDERPASS, E. Knowledge, attitudes and practices on cervical screening among the medical workers of Mulango Hospital, Uganda. *BMC Medical Education*, 6(13), 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/6/13>>. Acesso em 25 de ago de 2009.

NADAL, S.R. MANZIONE, C.R. Vacinas Contra o Papilomavirus Humano. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 26(3): 337-40, 2006.

NENE, B. JAYANT, K. ARROSSI, S. SHASTRI, S. BUDUKH, A. HINGMIRE, S. MUWONGE, R. MALVI, S. DINSHAW, K. SANKARANARAYANAN. Determinants of women's participation in cervical screening trial, Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 85: 264-72, 2007.

O'BRIEN, M.J. HALBERT, C.H. BIXBY, R. PIMENTEL, S. SHEA, J.A. Community Health Worker Intervention to Decrease Cervical Cancer Disparities in Hispanic Women. *Journal of General Internal Medicine*, 25(11): 1186-92, 2010.

OLAYA-CONTRERAS, P. PIERRE, B. LAZCANO-PONCE, E. VILLAMIL-RODRIGUEZ, J. POSSO-VALENCIA, H.J. Factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer mamário, em mujeres colombianas. *Revista de Saúde Pública*, 33(3): 237-45, 1999.

OLIVEIRA, M.M.H.N. SILVA, A.A.M. BRITO, L.M.O. COIMBRA, L.C. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9(3): 325-34, 2006.

OLIVEIRA, M.M. PINTO, I.C. COIMBRA, V.C.C. Potentialities in integral care: uterine cervical cancer prevention according to the users of the family health strategy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3): 426-30, 2007.

PARSA, P. KANDIAH, M. Breast cancer knowledge, perception and breast self-examination practices among Iranian women. *The International Medical Journal*, 4(2): 17-24, 2005.

PIÑEROS, M. FERLAY, J. MURILLO, R. Cancer incidence estimates at the national and district levels in Colombia. *Salud Pública de México*, 48(6): 455-65, 2006.

PINHO, A.A. MATTOS, M.C.F.I. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 38(3): 225-31, 2002.

PINHO, V.F.S. COUTINHO, E.S.F. Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2): 351-60, 2005.

_____, V.F.S. COUTINHO, E.S.F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(5): 1061-9, 2007.

PINTO, A.P. TULIO, S. CRUZ, O.R. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(1): 73-8, 2002.

POWE, B.D. UNDERWOOD, S. CANALES, M. FINNIE, R. Perceptions About Breast Cancer Among College Students: Implications for Nursing Education. *Journal of Nursing Education*, 44 (6): 257-65, 2005.

POWE, B. Eliminating Cancer Disparities. *Cancer*, S 109(2): 345-7, 2007.

POWE, B.D. COOPER, D.L. Self-Reported Cancer Screening Rates versus Medical Record Documentation: Incongruence, Specificity, and Sensitivity for African American Women. *Oncology Nursing Forum*, 35(2): 199-204, 2008.

PRIBERAM. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=conhecimento>> Acesso em 02 de jan de 2012.

PRICE, J.H. Economically disadvantaged females' perceptions of breast cancer and breast cancer screening. *Journal of the National Medical Association*, 85(12): 899-906, 1994.

REW, D. Development of the multidisciplinary team process in breast cancer. *Advances in Breast Cancer*, 2009.

Disponível em: <[http://www.docstoc.com/docs/65811877/Development-of-the-multidisciplinary-team-process-in-breast-cancer\(Feature-Article\)\(Report\)](http://www.docstoc.com/docs/65811877/Development-of-the-multidisciplinary-team-process-in-breast-cancer(Feature-Article)(Report))> Acesso em 17 de jul de 2010.

RIMAL, R.N. JUON, H.S. Use of the Risk Perception Attitude Framework for Promoting Breast Cancer Prevention. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(2): 287-310, 2010.

RIVOIRE, W.A. CORLETA, H.V.E. BRUM, I.L.S. CAPP, E. Biologia molecular do câncer cervical. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(4): 447-51, 2006.

RODRÍGUEZ, M.A. WARD, L.M. PÉREZ-STABLE, E.J. Breast and Cervical Cancer Screening: Impact of Health Insurance Status, Ethnicity, and Nativity of Latinas. *Annals of Family Medicine*, 3(3): 235-41, 2005.

ROETZHEIM, R.G. FOX, S.A. LEAKE, B. The effect of risk on changes in breast cancer screening rates in Los Angeles, 1988-1990. *Cancer*, 74(2): 625-31, 1994.

ROGERS, N.M. CANTU, A.G. The Nurse's in the Prevention of Cervical Cancer Among Underserved and Minority Populations. *Journal of Community Health*, 34: 135-43, 2009.

ROLAND, K.B. BERNAD, V.B. SARAIYA, M. HAWKINS, N.A. BRANDT, H. FRIEDMAN, A.L. Assessing Cervical Cancer Screening Guidelines in Patient Education Materials. *Journal of Women's Health*, 18(1): 5-12, 2009.

ROTELI-MARTINS, C.M. LONGATTO FILHO, A. HAMMES, L.S. DERCHAN, S.F.M. NALD, P. MATOS, J.C. ETLINGER, D. SARIAN, L. GONTIJO, R.C. MAEDA, M.Y.S. SYRJÄNEN. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29 (11): 580-7, 2007.

ROUSSEAU, M.C. FRANCO, E.L. VILLA, L.L. SOBRINHO, J.P. TERMINI, L. PRADO, J.M. ROHAN, T.E. A Cumulative Case-Control Study of Risk Factors Profiles for Oncogenic and Nononcogenic Cervical Human Papillomavirus Infections. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 9: 469-76, 2000.

SAMUEL, P.S. PRINGLE, J.P. JAMES IV, N.W. FIELDING, S.J. FAIRFIELD, K.M. Breast, cervical, and colorectal cancer screening rates amongst female Cambodian, Somali, and Vietnamese immigrants in the USA. *International Journal for Equity in Health*, 8(30), 2009. Disponível em: <<http://www.equityhealthj.com/content/8/1/30>>. Acesso em 20 de julho de 2010.

SASLOW, D. RUNOWICZ, C.D. SOLOMON, D. MOSCICKI, A.B. SMITH, R.A. EYRE, H.J. CHOEN, C. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52:342-62, 2002.

SASLOW, D. CASTLE, P.E. COX, T. DAVEY, D.D. EINSTEIN, M.H. FERRIS, D.G. GOLDIE, S.J. HARPER, D.M. KINNEY, W. MOSCICKI, A.B. NOLLER, K.L. WHEELER, C.M. ADES, T. ANDREWS, K.S. DOROSHENK, M.K. KAHN, K.G. SHAFEY, O. SMITH, R.A. PARTRIDGE, E.E. GARCIA, F. American Cancer Society Guideline for Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Use to Prevent Cervical Cancer and Its Precursors. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 57: 7-28, 2007.

SCHWARTZ, M.D. RIMER, B.K. DALY, M. SANDS, C. LERMAN, C. A Randomized Trial of Breast Cancer Risk Counseling: The Impact on Self-Reported Mammography Use. *American Journal of Public Health*, 89(6): 924-6, 1999.

SCHONBERG, M.A. McCARTHY, E.P. YORK, M. DAVIS, R.B. MARCANTONIO, E.R. Factors influencing elderly women's mammography screening decisions: implications for counseling. *BMC Geriatrics*, 7: 26, 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/26>>. Acesso em 22 de fevereiro de 2012.

SEAH, M. TAN, S.M. Am I breast cancer smart? Assessing breast cancer Knowledge among healthcare professionals. *Singapore Medical Journal*, 48(2): 158-62, 2007.

SHIELDS, T.S. BRINTON, L.A. BURK, R.D. WANG, S.S. WEINSTEIN, S.J. ZIEGLER, R.G. STUDENTSOV, Y.Y. McADAMS, M. SCHIFFMAN, M. A Case-Control Study of Risk Factors for Invasive Cervical Cancer among U.S Women Exposed to Oncogenic Types of Human Papillomavirus. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 13 (10): 574-82, 2004.

SICHERO, L. VILLA, L.L. Epidemiological and functional implications of molecular variants of human papillomavirus. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 39: 707-17, 2006.

SILVA, K.L. SENA, R. LEITE, J.C.A. SEIXAS, C.T. GONÇALVES, A.M. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 39(3): 391-7, 2005.

SILVANY NETO, A.M. *Bioestatística sem segredos*. 1 ed., Cap.10. Edição do autor: Salvador, 139-84p., 2008.

SIMON, C.E. Breast Cancer Screening: Cultural Beliefs and Diverse Populations. *Health & Social Work*, 31(1): 36-43, 2006.

SMITH, E.C. Breast Cancer Fundamentals. *Clinician Reviews*, 17(10): 32-39, 2007.

SOUZA, R.M. LAZZARON, A.R. DEFFERRARI, R. BORBA, A.A. SCHERER, L. FRASSON, A.L. História Familiar em Segundo Grau como Fator de Risco para Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 20 (8): 469-73, 1998.

SUSSMAN, A.L. HELITZER, D. SANDERS, M. URQUIETA, B. SALVADOR, M. NDIAYE, K. HPV and Cervical Cancer Prevention Counseling With Younger Adolescents: Implications for Primary Care. *Annals of Family Medicine*, 5(4): 298-304, 2007.

TAVARES, J.S.C. TRAD, L.A.B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2): 426-35, 2005.

TAYLOR, V.M. YASUI, Y. BURKE, N. NGUYEN, T. ACORDA, E. THAI, H. QU, P. JACKSON, C. Pap Testing Adherence Among Vietnamese American Women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 13(4): 613-19, 2004.

THOMPSON, B. MONTAÑO, D.E. MAHLOCH, J. Attitudes and Beliefs Toward Mammography Among Women Using an Urban Public Hospital. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 8(2): 186-201, 1997.

TIRADO-GÓMEZ, L.L. MOHAR-BETANCOURT, A. LÓPEZ-CERVANTES, M. GARCÍA-CARRANCÁ, A. FRANCO-MARINA, F. BORGES, G. Factores de riesgo de cáncer cérvicouterino invasor em mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 47(5): 342-50, 2005.

TJALMA, W.A.A. Cervical cancer and prevention by vaccination: results from recent trials. *Annals of Oncology*, 17 (10 Suppl): x217-23, 2006.

TOVAR-GUZMÁN, V. HERNÁNDEZ-GIRÓN, C. LAZCANO-PONCE, E. ROMIEU, I. AVILA, M.H. Breast cancer in Mexican Women: an epidemiological study with cervical cancer control. *Revista de Saúde Pública*, 34(2): 113-9, 2000.

TUCUNDUVA, L.T.C. SÁ, V.H.L.C. KOSMIMURA, E.T. PRUDENTE, F.V.B. SANTOS, A.F. SAMANO, E.S.T. COSTA, L.J.M. GIOLO, A. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(3): 257-62, 2004.

VALDEZ, A. BANERJEE, K. ACKERSON, L. FERNANDEZ, M. A multimedia breast cancer education intervention for low-income Latinas. *Journal of Community Health*, 27 (1): 33-51, 2002.

VANSLYKE, J.G. BAUM, J. PLAZA, V. OTERO, M. WHEELER, C. HELITZER, D.L. HPV and Cervical Cancer Testing and Prevention: Knowledge, Beliefs, and Attitudes Among Hispanic Women. *Qualitative Health Research*, 18(5): 584-96, 2008.

VATANASAPT, V. MARTIN, N. MARTIN, SRIPLUNG, H. CHINDAVIJAK, K. SONTIPONG, S. S. SRIAMPORN, D.M. PARKIN, FERLAY, J. Cancer Incidence in Thailand, 1988-1991. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 4: 475-83, 1995.

XIMENES NETO, F.R.G. CUNHA, I.C.K.O. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(3): 427-33, 2006.

WALL, K.M. NÚÑEZ-ROCHA, G.M. SALINAS-MARTÍNEZ, A.M. SÁNCHEZ-PEÑA, S.R. Determinants of the Use of Breast Cancer Screening Among Women Workers in Urban Mexico. *Preventing Chronic Disease*, 5(2):1-8, 2008.

WESSELS, H. GRAEFF, A. WYNIA, K. HEUS, M. KRUITWAGEN, C.L.J.J. TEUNISSEN, S.C.C.M. VOEST, E.E. Are health care professionals able to judge cancer patients' health care preferences correctly? A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 10 (198), 2010. Disponível em:< <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/198>> Acesso em 10 de out de 2010.

WISNER-CEBALLOS, C. VEJARANO-VELANDIA, M. CAICEDO-MERA, J. TOVAR-MURILLO, S.L. CENDALES-DUARTE, R. La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. *Revista Salud Pública*, 8(3): 185-96, 2006.

WHO. *World Health Organization*, 2011, disponível em:
< <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>. Acesso em 12 de dez de 2011.

YASSOYAMA M.C.B.M, SALOMÃO M.L.M, VICENTINI M.E. Características das mulheres que realizam exame preventivo do colo de útero durante a gestação: bases para estratégias do Programa de Saúde da Família (PSF). *Revista Arquivo Ciências da Saúde* 2005; 12 (4):172-76, 2005.

YI, J.K. LUONG, K.N.T. Apartment-based Breast Cancer Education Program for Low Income Vietnamese American Women. *Journal of Community Health*, 30(5): 345-53, 2005.

ANEXOS

ANEXO A: Questionário

PESQUISA SOBRE CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE CÂNCER DA MAMA
E DO COLO DO ÚTERO ENTRE TRABALHADORAS DA ÁREA DE SAÚDE

NUMQUES | | | | |

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA MULHER (20-69 ANOS): INSTRUÇÃO – Reforce que todas as informações são confidenciais. O nome é somente para melhor andamento da entrevista e não será registrado no banco de dados. Endereço e telefone servirão para eventuais dúvidas sobre os dados coletados e comunicações com o entrevistado sobre o andamento/resultados da pesquisa.	
A. Nome:	
B. Endereço residencial:	
C. Telefone (Residencial, Trabalho e Celular):	
01. Data de nascimento __/__/__ Caso não saiba, perguntar idade __ __ anos	DATANC IDADE
INSTRUÇÃO - Registrar a raça/cor percebida pela entrevistada	
02. Cor (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (6) Não Sabe	CORIBGE
03. Estado Civil (1) Solteira (2) Casada (3) União Consensual (4) Viúva (5) Separada/divorciada	ESTCIV
INSTRUÇÃO – A maioria das entrevistadas freqüentou a escola com sistema de pré-primário (1ª. a 4ª. séries), primário (5ª. a 8ª. séries), correspondendo ao fundamental e ginásial ou científico (1º, 2º. e 3º ano) correspondendo ao ensino médio.	
04. Escolaridade (1) Analfabeta (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Ensino superior incompleto (7) Ensino superior completo (8) Pós-graduação	ESCOL
05. Quantos filhos você tem? (0) Nenhum __ Número de Filhos	NUMFIL
06. Com quem você mora? (1) Sozinha (2) Esposo (3) Esposo e filho(s) (4) Companheira (5) Amigos (6) Outros	COMDOM
INSTRUÇÃO – Perguntar quanto todos os componentes da família que recebem dinheiro ganham juntos em média, mesmo aquelas famílias que recebem auxílio governamental como a bolsa família.	
07. Renda Mensal Família (R\$) (1) até 1.530 (03 SM) (2) 1.530-2.550 (3-5 SM) (3) 2.550-5.100 (5-10 SM) (4) 5.100 – 10.200 (10-20 SM) (5) > 10.200 (> 20 SM)	REMEID
08. Meio de comunicação mais usado (1) Jornais (2) Revistas (3) Televisão (4) Rádio (5) Internet (6) Outros	MEICOM
II – TRABALHO	
INSTRUÇÃO – Perguntar sobre a situação laboral atual; lembrar que todos são trabalhadoras ativas na empresa.	
09. Situação Laboral – (1) Empregado com carteira assinada (2) Empregado sem carteira assinada (3) Cooperado (4) Pessoa Jurídica (5) Outros	SITLAB
10. Ocupação/profissão (atual)	
INSTRUÇÃO – Se a trabalhadora citar uma fração de tempo, exemplo um ano e seis meses, registrar um ano de serviço.	
11. Tempo de serviço __ Anos	LABTEP
INSTRUÇÃO – Falar para o entrevistado que se iniciam os blocos de perguntas sobre os cânceres em questão e que as alternativas nestas questões são SIM ou NÃO.	

II. CONHECIMENTOS SOBRE CÂNCER DA MAMA	
12.(INSTRUÇÃO – Para técnicos da área de saúde: Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social. Se não passe para a questão seguinte) Você tem alguma experiência profissional com câncer da mama? (1) Sim (0) Não	EXPCAM <input type="checkbox"/>
13. Quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer da mama?	
INSTRUÇÃO – Não falar o fator de risco, aguardar a fala da trabalhadora. Marque (1) Sim se a trabalhadora citou o fator de risco; Não (0) se não foi citado.	
13.1. Menarca precoce (1) Sim (0) Não	CAMMEN <input type="checkbox"/>
13.2. Nuliparidade (1) Sim (0) Não	CAMNUL <input type="checkbox"/>
13.3. Idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos (1) Sim (0) Não	CAMIGM <input type="checkbox"/>
13.4. Anticoncepcionais orais (1) Sim (0) Não	CAMACO <input type="checkbox"/>
13.5. Menopausa tardia (1) Sim (0) Não	CAMMEP <input type="checkbox"/>
13.6. Terapia de reposição hormonal (1) Sim (0) Não	CAMTRH <input type="checkbox"/>
13.7. Idade (1) Sim (0) Não	CAMIDA <input type="checkbox"/>
13.8. Obesidade (1) Sim (0) Não	CAMOBS <input type="checkbox"/>
13.9. Dieta rica em gordura (1) Sim (0) Não	CAMDIG <input type="checkbox"/>
13.10. Herança genética (1) Sim (0) Não	CAMGEN <input type="checkbox"/>
13.11. Falta ou pouca atividade física programada (1) Sim (0) Não	CAMEXF <input type="checkbox"/>
13.12. Ingesta moderada a elevada de álcool (1) Sim (0) Não	CAMALC <input type="checkbox"/>
13.13. Exposição a radiações ionizantes em menores de 35 anos (1) Sim (0) Não	CAMRAD <input type="checkbox"/>
13.14. Outros (1) Sim (0) Não	CAMOUT <input type="checkbox"/>
14. Vou citar alguns fatores de risco para câncer da mama. A senhora confirme sim ou não se concorda.	
INSTRUÇÃO – Agora pergunte cada fator de risco. Marque (1) Sim se a trabalhadora identificou como fator de risco; Não (0) se não foi identificado como fator de risco.	
14.1. Menarca precoce (1) Sim (0) Não	CEMMEN <input type="checkbox"/>
14.2. Nuliparidade (1) Sim (0) Não	CEMNUL <input type="checkbox"/>
14.3. Idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos (1) Sim (0) Não	CEMIGM <input type="checkbox"/>
14.4. Anticoncepcionais orais (1) Sim (0) Não	CEMACO <input type="checkbox"/>
14.5. Menopausa tardia (1) Sim (0) Não	CEMMEP <input type="checkbox"/>
14.6. Terapia de reposição hormonal (1) Sim (0) Não	CEMTRH <input type="checkbox"/>
14.7. Idade (1) Sim (0) Não	CEMIDA <input type="checkbox"/>
14.8. Obesidade (1) Sim (0) Não	CEMOBS <input type="checkbox"/>
14.9. Dieta rica em gordura (1) Sim (0) Não	CEMDIG <input type="checkbox"/>
14.10. Herança genética (1) Sim (0) Não	CEMGEN <input type="checkbox"/>
14.11. Falta ou pouca atividade física programada (1) Sim (0) Não	CEMEXF <input type="checkbox"/>
14.12. Ingesta moderada a elevada de álcool (1) Sim (0) Não	CEMALC <input type="checkbox"/>
14.13. Exposição a radiações ionizantes em menores de 35 anos (1) Sim (0) Não	CEMRAD <input type="checkbox"/>
15. Quando presentes; quais os principais sinais ou sintomas do câncer da mama?	
INSTRUÇÃO – Não falar o sinal/sintoma, aguardar a fala da trabalhadora. Marque (1) Sim se a trabalhadora citou o sinal/sintoma; Não (0) se não foi citado.	
15.1. Nódulo no seio (1) Sim (0) Não	CAMNOS <input type="checkbox"/>
15.2. Edema (1) Sim (0) Não	CAMEDM <input type="checkbox"/>
15.3. Retração da pele (1) Sim (0) Não	CAMRET <input type="checkbox"/>
15.4. Pele em “casca de laranja” (1) Sim (0) Não	CAMCAL <input type="checkbox"/>
15.5. Eritema (1) Sim (0) Não	CAMERI <input type="checkbox"/>
15.6. Ulceração da aréola (1) Sim (0) Não	CAMULC <input type="checkbox"/>
15.7. Sangramento da aréola (1) Sim (0) Não	CAMSAN <input type="checkbox"/>
15.8. Desvio do mamilo (1) Sim (0) Não	CAMDES <input type="checkbox"/>
15.9. Nódulo em axilas (1) Sim (0) Não	CAMNOA <input type="checkbox"/>

15.10. Outros	(1) Sim (0) Não	CAMSSI <input type="checkbox"/>
16. Vou citar alguns sinais/sintomas do câncer da mama. A senhora confirme sim ou não se concorda.		
INSTRUÇÃO – Agora pergunte sinal/sintoma. Marque (1) Sim se a trabalhadora identificou como sinal/sintoma; Não (0) se não foi identificado como sinal/sintoma.		
16.1. Nódulo no seio (1) Sim (0) Não		CEMNOS <input type="checkbox"/>
16.2. Edema (1) Sim (0) Não		CEMEDM <input type="checkbox"/>
16.3. Retração da pele (1) Sim (0) Não		CEMRET <input type="checkbox"/>
16.4. Pele em “casca de laranja” (1) Sim (0) Não		CEMCAL <input type="checkbox"/>
16.5. Eritema (1) Sim (0) Não		CEMERI <input type="checkbox"/>
16.6. Ulceração da aréola (1) Sim (0) Não		CEMULC <input type="checkbox"/>
16.7. Sangramento da aréola (1) Sim (0) Não		CEMSAN <input type="checkbox"/>
16.8. Desvio do mamilo (1) Sim (0) Não		CEMDES <input type="checkbox"/>
16.9. Nódulo em axilas (1) Sim (0) Não		CEMNOA <input type="checkbox"/>
17. Quais são os principais métodos de detecção precoce do câncer da mama?		
INSTRUÇÃO – Não falar o método de detecção, aguardar a fala da trabalhadora. Marque (1) Sim se o trabalhador citou o método de detecção correto; Não (0) se não foi citado.		
17.1. Exame mamográfico (1) Sim (0) Não		CAMMAG <input type="checkbox"/>
17.2. Exame clínico da mama (1) Sim (0) Não		CAMEXC <input type="checkbox"/>
17.3. Outros	(1) Sim (0) Não	CAMMED <input type="checkbox"/>
18. Vou citar alguns exames para detecção do câncer da mama. A senhora confirme sim ou não se concorda.		
INSTRUÇÃO – Agora pergunte o método de detecção. Marque (1) Sim se a trabalhadora identificou o método de detecção correto; Não (0) se não foi identificado.		
18.1. Exame mamográfico (1) Sim (0) Não		CEMMAG <input type="checkbox"/>
18.2. Exame clínico da mama (1) Sim (0) Não		CEMEXC <input type="checkbox"/>
19. Qual deve ser a frequência dos exames?		
INSTRUÇÃO – Não falar a frequência, aguardar a fala da trabalhadora. Marque (1) Sim se a trabalhadora citou a frequência correta; Não (0) se não foi citado.		
19.1. Exame mamográfico a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos. (1) Sim (0) Não		CAMMGD <input type="checkbox"/>
19.2. Exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos. (1) Sim (0) Não		CAMEXQ <input type="checkbox"/>
19.3. O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde. (1) Sim (0) Não		CAMEXT <input type="checkbox"/>
19.4. Para mulheres de risco elevado (com história familiar do câncer da mama em parentes de primeiro grau), o exame clínico da mama anualmente, a partir de 35 anos. (1) Sim (0) Não		CAMEXA <input type="checkbox"/>
19.5. Para mulheres de risco elevado (com história familiar do câncer da mama em parentes de primeiro grau), mamografia, anualmente, a partir de 35 anos. (1) Sim (0) Não		CAMMGA <input type="checkbox"/>
19.6. Outros	(1) Sim (0) Não	CAMFRE <input type="checkbox"/>
20. Vou citar a frequência dos exames para detecção precoce do câncer da mama. A senhora confirme sim ou não se concorda.		
INSTRUÇÃO – Agora pergunte a frequência do método de detecção. Marque (1) Sim se a trabalhadora identificou a frequência de método de detecção correto; Não (0) se não foi identificado.		
20.1. Exame mamográfico a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos. (1) Sim (0) Não		CEMMGD <input type="checkbox"/>
20.2. Exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos. (1) Sim (0) Não		CEMEXQ <input type="checkbox"/>
20.3. O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde. (1) Sim (0) Não		CEMI 105 <input type="checkbox"/>
20.4. Para mulheres de risco elevado (com história familiar do câncer da mama em parentes de primeiro grau), o exame clínico da mama anualmente, a partir de 35 anos. (1) Sim (0) Não		CEMEXA <input type="checkbox"/>
20.5. Para mulheres de risco elevado (com história familiar de câncer da mama em parentes de primeiro grau), mamografia, anualmente, a partir de 35 anos. (1) Sim (0) Não		CEMMGA <input type="checkbox"/>
III. CONHECIMENTOS SOBRE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO		
21. Para técnicos da área de saúde: Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar		EXPCAC <input type="checkbox"/>

de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga e assistente social. Se não passe para a questão seguinte.	
Você tem alguma experiência profissional com câncer do colo do útero? (1) Sim (0) Não	
22. Quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero?	
INSTRUÇÃO – Não falar o fator de risco, aguardar a fala da trabalhadora. Marque (1) Sim se a trabalhadora citou o fator de risco; Não (0) se não foi citado.	
22.1. Infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) (1) Sim (0) Não	CACHPV <input type="checkbox"/>
22.2. Tabagismo (1) Sim (0) Não	CACTAB <input type="checkbox"/>
22.3. Baixa ingestão de vitaminas (1) Sim (0) Não	CACVIT <input type="checkbox"/>
22.4. Multiplicidade de parceiros sexuais (1) Sim (0) Não	CACMPS <input type="checkbox"/>
22.5. Iniciação sexual precoce (1) Sim (0) Não	CACIPS <input type="checkbox"/>
22.6. Uso de contraceptivos orais (1) Sim (0) Não	CACACO <input type="checkbox"/>
22.7. Outros _____ (1) Sim (0) Não	CACOUT <input type="checkbox"/>
23. Vou citar os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. A senhora confirme sim ou não se concorda.	
INSTRUÇÃO – Agora pergunte os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Marque (1) Sim se a trabalhadora identificou o fator de risco correto; Não (0) se não foi identificado.	
23.1. Infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) (1) Sim (0) Não	CECHPV <input type="checkbox"/>
23.2. Tabagismo (1) Sim (0) Não	CECTAB <input type="checkbox"/>
23.3. Baixa ingestão de vitaminas (1) Sim (0) Não	CECVIT <input type="checkbox"/>
23.4. Multiplicidade de parceiros sexuais (1) Sim (0) Não	CECMPS <input type="checkbox"/>
23.5. Iniciação sexual precoce (1) Sim (0) Não	CECIPS <input type="checkbox"/>
23.6. Uso de contraceptivos orais (1) Sim (0) Não	CECACO <input type="checkbox"/>
24. Quando presentes, quais os principais sinais/sintomas do câncer do colo do útero?	
INSTRUÇÃO – Não falar o sinal/sintoma, aguardar a fala da trabalhadora. Marque (1) Sim se o trabalhador citou o sinal/sintoma; Não (0) se não foi citado.	
24.1. Hemorragia (1) Sim (0) Não	CACHEM <input type="checkbox"/>
24.2. Corrimento vaginal (1) Sim (0) Não	CACCOR <input type="checkbox"/>
24.3. Dor (1) Sim (0) Não	CACDOR <input type="checkbox"/>
24.4. Outros _____ (1) Sim (0) Não	CACSSI <input type="checkbox"/>
25. Vou citar os principais sinais/sintomas do câncer do colo do útero. A senhora confirme sim ou não se concorda.	
INSTRUÇÃO – Agora pergunte os principais sinais/sintomas de câncer do colo do útero. Marque (1) Sim se a trabalhadora identificou o sinal/sintoma correto; Não (0) se não foi identificado.	
25.1. Hemorragia (1) Sim (0) Não	CECHEM <input type="checkbox"/>
25.2. Corrimento vaginal (1) Sim (0) Não	CECCOR <input type="checkbox"/>
25.3. Dor (1) Sim (0) Não	CECDOR <input type="checkbox"/>
25.4. Outros _____ (1) Sim (0) Não	CECOUT <input type="checkbox"/>
26. Qual (is) é (são) o (s) principal (is) método (s) de prevenção primária do câncer do colo do útero?	
INSTRUÇÃO – Não falar o método de detecção, aguardar a fala da trabalhadora. Marque (1) Sim se a trabalhadora citou o método de detecção correto; Não (0) se não foi citado.	
26.1. Exame citopatológico/preventivo/Papanicolaou (1) Sim (0) Não	CACECP <input type="checkbox"/>
26.2. Outros _____ (1) Sim (0) Não	CACMED <input type="checkbox"/>
27. Vou citar o principal método de prevenção primária do câncer do colo do útero. A senhora confirme sim ou não se concorda.	
INSTRUÇÃO – Agora pergunte o principal método de detecção do câncer do colo de útero. Marque (1) Sim se a trabalhadora identificou o método de prevenção correto; Não (0) se não foi identificado.	
27.1. Exame citopatológico/preventivo/Papanicolaou (1) Sim (0) Não	CECECP <input type="checkbox"/>

28. Qual deve ser a frequência do exame?	
INSTRUÇÃO – Não falar a frequência, aguardar a fala da trabalhadora. Marque (1) Sim se a trabalhadora citou a frequência correta; Não (0) se não foi citado.	
28.1. Exame de Papanicolaou para mulheres de 25 a 59 anos (1) Sim (0) Não	CACECV <input type="checkbox"/>
28.2. Inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano e, caso dois exames seguidos (em um intervalo de 01 ano) apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos. (1) Sim (0) Não	CACECT <input type="checkbox"/>
28.3. Outros _____ (1) Sim (0) Não	CACFRE <input type="checkbox"/>
29. Vou citar a frequência do exame de Papanicolaou. A senhora confirme sim ou não se concorda.	
INSTRUÇÃO – Agora pergunte a frequência para realização do Papanicolaou. Marque (1) Sim se o trabalhador identificou a frequência correta; Não (0) se não foi identificado.	
29.1. Exame de Papanicolaou para mulheres de 25 a 59 anos (1) Sim (0) Não	CECECV <input type="checkbox"/>
29.2. Inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano e, caso dois exames seguidos (em um intervalo de 01 ano) apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos. (1) Sim (0) Não	CECECT <input type="checkbox"/>
INSTRUÇÃO – Falar para a entrevistada que este bloco de perguntas é relacionado ao seu comportamento diante dos cânceres em estudo e que as respostas continuam sendo SIM ou NÃO.	
IV – COMPORTAMENTOS DO INDIVÍDUO	
30. Pratica algum tipo de crença, mesmo domiciliarmente (0) Não (1) Sim	CREDOM <input type="checkbox"/>
31. Frequenta algum tipo de Igreja/Culto/Terreiro pelo menos mensalmente (0) Não (1) Sim	CRECOM <input type="checkbox"/>
32. Alguém de sua família (Esposo, pais, tios, etc) desaconselha a procurar Médico para realização de consultas de rotina (0) Não (1) Sim.	CONFAM <input type="checkbox"/>
33. Costuma receber e acatar orientações sobre saúde de vizinhos e/ou familiares (0) Não (1) Sim	CONCOM <input type="checkbox"/>
34. Costuma receber e acatar orientações sobre saúde de orientador espiritual (0) Não (1) Sim	CONESP <input type="checkbox"/>
35. Qual seu plano de saúde (1) Particular/empresa (2) Público/SUS	PLANSA <input type="checkbox"/>
36. Realiza consultas de prevenção e/ou seguimento anualmente (0) Não (1) Sim	CONPRE <input type="checkbox"/>
37. Seu médico lê e compartilha com você os resultados dos exames (0) Não (1) Sim	MEDEXA <input type="checkbox"/>
38. Depois da consulta de retorno, você se sente bem informada e segura do que o médico orientou (0) Não (1) Sim.	MEDINF <input type="checkbox"/>
39. Você já teve acesso a algum tipo de informação sobre câncer da mama (0) Não (1) Sim	INFOMA <input type="checkbox"/>
INSTRUÇÃO – Marque (1) Sim se a trabalhadora citou a finalidade PRINCIPAL correta; Não (0) se não foi citada corretamente.	
40. Você sabe para qual a finalidade da mamografia? Explique (0) Não (1) Sim	INFOMG <input type="checkbox"/>
41. Realizou mamografia nos últimos 02 anos (0) Não (1) Sim (2) Nunca Fez (3) Mastectomia bilateral (4) Não está na idade de realizar (Se 1 passe para questão 43; se 3 ou 4, passe para questão 44)	RELMAM <input type="checkbox"/>
42. Nunca realizou/não realizou mamografia, qual (is) motivo (s): Perguntar todos.	
42.1. Nunca pensou sobre o assunto (1) Sim (0) Não	MAGNUN <input type="checkbox"/>
42.2. Não tem problemas nas mamas, então mamografia é desnecessária (1) Sim (0) Não	MAGDES <input type="checkbox"/>
42.3. Não tenho tempo (1) Sim (0) Não	MAGFTE <input type="checkbox"/>
42.4. Meu médico não recomendou ou exame (1) Sim (0) Não	MAGNME <input type="checkbox"/>
42.5. É muito caro (1) Sim (0) Não	MAGCUS <input type="checkbox"/>
42.6. Sou descuidada (1) Sim (0) Não	MAGDEC <input type="checkbox"/>
42.7. Não disponho de alguém que me acompanhe (1) Sim (0) Não	MAGSEC <input type="checkbox"/>
42.8. Não tenho história de câncer na família (1) Sim (0) Não	MAGHFN <input type="checkbox"/>
42.9. Medo de sentir dor durante o exame (1) Sim (0) Não	MAGDOR <input type="checkbox"/>
42.10. Medo de descobrir doença (1) Sim (0) Não	MAGDOE <input type="checkbox"/>

42.11. Desconfiança no resultado do exame (1) Sim (0) Não	MAGNCE <input type="checkbox"/>
42.12. Não sabe qual médico procurar (1) Sim (0) Não	MAGNPR <input type="checkbox"/>
42.13 Não sabe onde realizar o exame (1) Sim (0) Não	MAGNRE <input type="checkbox"/>
42.14 Acha que o exame expõe a radiação por raios X (1) Sim (0) Não	MAGERX <input type="checkbox"/>
42.15 Acha que a máquina pode causar câncer ao pressionar a mama (1) Sim (0) Não	MAGPRE <input type="checkbox"/>
42.16 Medo de ser mal tratada no exame pelos técnicos (1) Sim (0) Não	MAGMAL <input type="checkbox"/>
42.17 Informação negativa de parente/amigo/colega (1) Sim (0) Não	MAGNEG <input type="checkbox"/>
42.18 Outras razões _____ (1) Sim (0) Não	MAGOTR <input type="checkbox"/>
43. Realizou mamografia há pelo menos 02 anos, qual (is) Motivo (s): Perguntar todos.	
43.1. Possuir histórico familiar positivo para câncer (1) Sim (0) Não	HFPCAN <input type="checkbox"/>
43.2. Influência de amigos (1) Sim (0) Não	INFAMG <input type="checkbox"/>
43.3. Apoio e companhia do conjugue (1) Sim (0) Não	APOCON <input type="checkbox"/>
43.4. Influência de familiares (1) Sim (0) Não	APOFAM <input type="checkbox"/>
43.5. Solicitação médica (1) Sim (0) Não	SOLMED <input type="checkbox"/>
43.6. Atendimento às campanhas sobre a doença (1) Sim (0) Não	SOLCAM <input type="checkbox"/>
43.7. Vontade própria (1) Sim (0) Não	VONREL <input type="checkbox"/>
43.8. Percepção dos sintomas da doença (1) Sim (0) Não	PERDOE <input type="checkbox"/>
43.9. Consciência da importância na detecção precoce (1) Sim (0) Não	CONDET <input type="checkbox"/>
43.10. Estar na idade de realizar (1) Sim (0) Não	IDAREL <input type="checkbox"/>
43.11. Ser parte de exames de rotina (1) Sim (0) Não	EXAROT <input type="checkbox"/>
43.12. Se sentir vulnerável à doença (1) Sim (0) Não	VULDOE <input type="checkbox"/>
43.13 Facilidade para marcar o exame (1) Sim (0) Não	FALMAR <input type="checkbox"/>
43.14 Afinidade com os técnicos que realizam o exame (1) Sim (0) Não	AFIEQU <input type="checkbox"/>
43.15 Facilidade de transporte ao local do exame (1) Sim (0) Não	FALTRA <input type="checkbox"/>
43.16. Outros _____ (1) Sim (0) Não	RELOTR <input type="checkbox"/>
44. Você sabe que o exame de mamografia tem que ser repetido a cada 02 anos pelo menos (0) Não (1) Sim	FREMAM <input type="checkbox"/>
45. Seu médico pergunta quando você realizou mamografia (0) Não (1) Sim	MEDQMA <input type="checkbox"/>
46. Seu médico examina suas mamas ao menos uma vez ao ano (0) Não (1) Sim	MEDEXM <input type="checkbox"/>
47. Você já teve acesso a algum tipo de informação sobre câncer do colo do útero (0) Não (1) Sim	INFOUT <input type="checkbox"/>
INSTRUÇÃO – Marque (1) Sim se o trabalhador citou a finalidade PRINCIPAL correta; Não (0) se não foi citada corretamente.	
48. Você sabe qual a finalidade do exame de Papanicolaou; Explique (0) Não (1) Sim	INFOPR <input type="checkbox"/>
49. Realizou Papanicolaou nos últimos três anos (0) Não (1) Sim (2) Nunca Fez (3) Histerectomizada (4) não está na idade de realizar (Se 1 passe para questão 51; se 3 ou 4, passe para questão 52)	
50. Nunca realizou ou não realizou o exame de Papanicolaou nos últimos 03 anos, qual (is) motivo (s): Perguntar todos.	
50.1. Nunca pensou sobre o assunto (1) Sim (0) Não	PRENUN <input type="checkbox"/>
50.2. Não tem problemas ginecológicos, então o preventivo é desnecessário (1) Sim (0) Não	PREDES <input type="checkbox"/>
50.3. Não tenho tempo (1) Sim (0) Não	PREFTE <input type="checkbox"/>
50.4. Meu médico não recomendou ou exame (1) Sim (0) Não	PRENME <input type="checkbox"/>
50.5. É muito caro (1) Sim (0) Não	PRECUS <input type="checkbox"/>
50.6. Sou descuidada (1) Sim (0) Não	PREDEC <input type="checkbox"/>
50.7. Não disponho de alguém que me acompanhe (1) Sim (0) Não	PRESEC <input type="checkbox"/>
50.8. Não tenho história de câncer na família (1) Sim (0) Não	PREHFN <input type="checkbox"/>
50.9. Medo de sentir dor durante o exame (1) Sim (0) Não	PREDOR <input type="checkbox"/>
50.10. Medo de descobrir doença (1) Sim (0) Não	PREDOE <input type="checkbox"/>

50.11. Desconfiança no resultado dos exames (1) Sim (0) Não	PRENCE <input type="checkbox"/>
50.12. Não sabe qual médico procurar (1) Sim (0) Não	PRENPR <input type="checkbox"/>
50.13 Não sabe onde realizar o exame (1) Sim (0) Não	PRENRE <input type="checkbox"/>
50.14 Informação negativa de parente/amigo/colega (1) Sim (0) Não	PRENEG <input type="checkbox"/>
50.15 Outras razões _____ (1) Sim (0) Não	PREOTR <input type="checkbox"/>
51. Realizou Papanicolaou nesses últimos 03 anos, qual (is) Motivo (s): Perguntar todos.	
51.1. Possuir histórico familiar positivo para câncer (1) Sim (0) Não	UFPCAN <input type="checkbox"/>
51.2. Influência de amigos (1) Sim (0) Não	UNFAMG <input type="checkbox"/>
51.3. Apoio e companhia do conjugue (1) Sim (0) Não	UPOCON <input type="checkbox"/>
51.4. Influência de familiares (1) Sim (0) Não	UPOFAM <input type="checkbox"/>
51.5. Solicitação médica (1) Sim (0) Não	UOLMED <input type="checkbox"/>
51.6. Atendimento às campanhas sobre a doença (1) Sim (0) Não	UOLCAM <input type="checkbox"/>
51.7. Vontade própria (1) Sim (0) Não	UONREL <input type="checkbox"/>
51.8. Percepção dos sintomas da doença (1) Sim (0) Não	UERDOE <input type="checkbox"/>
51.9. Consciência da importância na detecção precoce (1) Sim (0) Não	UONDET <input type="checkbox"/>
51.10. Estar na idade de realizar (1) Sim (0) Não	UDAREL <input type="checkbox"/>
51.11. Ser parte de exames de rotina (1) Sim (0) Não	UXAROT <input type="checkbox"/>
51.12. Se sentir vulnerável à doença (1) Sim (0) Não	UULDOE <input type="checkbox"/>
51.13. Outros _____ (1) Sim (0) Não	UELOTR <input type="checkbox"/>
52. Você se sente envergonhada ou acanhada em realizar o Papanicolaou (0) Não (1) Sim	ENVPRE <input type="checkbox"/>
53. Você sabe que o exame de Papanicolaou tem que ser repetido a cada 03 anos pelo menos (0) Não (1) Sim	FREPRE <input type="checkbox"/>
54. Seu médico pergunta quando você realizou o exame de Papanicolaou (0) Não (1) Sim	MEDQPR <input type="checkbox"/>
INSTRUÇÃO – Neste bloco, falaremos sobre seu passado sobre suas doenças e de sua família; também será perguntado sobre seu comportamento sexual e métodos de contracepção.	
V – ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES	
55. Idade da Menarca _____ anos	IDAMEN <input type="checkbox"/>
56. Iniciada atividade sexual (0) Não (1) Sim	INCRES <input type="checkbox"/>
57. Idade da primeira relação sexual _____ anos	IDARES <input type="checkbox"/>
58. Número de parceiros durante a vida sexual _____	PARES <input type="checkbox"/>
59. Número de parceiros durante os últimos 12 meses _____	PARANO <input type="checkbox"/>
60. Nenhuma prenhez (0) Não (1) Sim (Se sim, passe para a questão 62)	NULIPA <input type="checkbox"/>
61. Idade primeira gestação _____ anos	IDAGES <input type="checkbox"/>
62. Menopausa (0) Não (1) Sim (Se não, passe para a questão 64)	MENOPA <input type="checkbox"/>
63. Idade da Menopausa _____ anos	IDAMEO <input type="checkbox"/>
64. Algum parente de primeiro grau (mãe, irmã) com câncer (0) Não (1) Sim (2) Não sabe (Se Não, passar para questão 65)	FAMNEO <input type="checkbox"/>
64.1. Câncer da mama (0) Não (1) Sim	CAMAMF <input type="checkbox"/>
64.2. Câncer do colo do útero (0) Não (1) Sim	CAUTERF <input type="checkbox"/>
64.3. Câncer de endométrio (0) Não (1) Sim	CAENDF <input type="checkbox"/>
64.4. Câncer de ovário (0) Não (1) Sim	CAOVAF <input type="checkbox"/>
64.5 Outros _____ (0) Não (1) Sim	OUTNEO <input type="checkbox"/>
65. História pessoal para câncer (0) Não (1) Sim (Se Não, passar para questão 66)	PESNEO <input type="checkbox"/>
65.1. Câncer da mama (0) Não (1) Sim	CAMAMA <input type="checkbox"/>
65.2. Câncer do colo do útero (0) Não (1) Sim	CAUTERO <input type="checkbox"/>
65.3. Câncer de endométrio (0) Não (1) Sim	CAENDO <input type="checkbox"/>
65.4. Câncer de ovário (0) Não (1) Sim	CAOVAR <input type="checkbox"/>
65.5. Câncer de cólon e/ou reto (0) Não (1) Sim	CACOLO <input type="checkbox"/>

65.6. Câncer de traquéia, brônquios e/ou pulmão (0) Não (1) Sim	CAPULM __
65.7. Câncer de estômago (0) Não (1) Sim	CAESTO __
65.8. Leucemia (0) Não (1) Sim	LEUCEM __
65.9 Outros (0) Não (1) Sim	OUTNPE __
66. Uso atual de contraceptivo (0) Não (1) Sim (Se Não, passar para questão 73).	CONTRA __
67. Contraceptivo Oral (0) Não (1) Sim	CONORA __
68. Contraceptivo Injetável (0) Não (1) Sim	CONINJ __
69. Dispositivo Intra-Uterino (DIU) (0) Não (1) Sim	CONDIU __
70. Camisinha (0) Não (1) Sim	CONDOM __
71. Tabela (0) Não (1) Sim	CONTAB __
72. Tempo de contraceptivo __ anos	CONTEM __
73. Uso de Terapia de Reposição Hormonal (0) Não (1) Sim (Se Não, passar para questão 75).	TRHUSO __
74. Tempo de Terapia de Reposição Hormonal __ anos	TRHTEM __
75. Infecção ginecológica nos últimos 12 meses (0) Não (1) Sim (Se Não, passar para questão 77)	INFECC __
76. Quantas infecções tratadas ou não tratadas nos últimos 12 meses __	INFNUM __
VI. ESTATURA E MASSA (IMC)	
77. Massa (Peso) __ kg	PESO __
78. Estatura __ m	ESTATU __
79. Índice de Massa Corpórea (IMC) __ Kg/m ²	IMCKGM __
Observações pertinentes à pesquisa (condição da entrevista, dificuldades e necessidade de retorno em relação a pontos de dúvida):	

ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INSTRUÇÃO – Antes de iniciar a entrevista, entregue à trabalhadora a cópia deste documento e leia em voz alta e clara. Ao final da leitura, se ela concorda em participar da pesquisa, o entrevistador assina a cópia dela e entregue de volta. Peça então para ela assinar esta cópia e junte ao questionário no final da entrevista.

Estamos realizando um estudo sobre conhecimentos e atitudes em câncer da mama e do colo do útero por trabalhadores da área de saúde, a fim de se conhecer a realidade das trabalhadoras e planejar estratégias de ação para orientação e prevenção de câncer da mama e colo do útero.

Você será convidada a responder perguntas sobre seus conhecimentos sobre câncer da mama e de colo do útero, dados de sua família, pessoais, escolaridade, trabalho e história médica. Além disso, caso você permita, anotaremos seu peso e altura e calcularemos seu índice de massa corpórea (IMC). A entrevista durará aproximadamente 30 minutos.

Você tem a garantia de que, em qualquer momento do estudo, terá acesso aos pesquisadores para o esclarecimento de eventuais dúvidas. É garantido também o sigilo das informações dadas durante e após a pesquisa, onde apenas os integrantes da equipe terão acesso às informações. É garantida a liberdade para retirada do consentimento a qualquer momento do estudo. Não há despesas pessoais para a participação em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito da minha participação nesta pesquisa, ficando claros os propósitos do estudo.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Assinatura da Entrevistada

Assinatura do Entrevistador

Salvador, __/__/__

Contatos:

Dr. Gilberto Tavares – 9162-0265/3277-8060

Prof. Dr. Marco Antônio Rêgo – 3283-8865

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um estudo sobre conhecimentos e atitudes em câncer da mama e do colo do útero por trabalhadores da área de saúde, a fim de se conhecer a realidade das trabalhadoras e planejar estratégias de ação para orientação e prevenção do câncer da mama e colo do útero.

Você será convidada a responder perguntas sobre seus conhecimentos sobre câncer da mama e do colo do útero, dados de sua família, pessoais, escolaridade, trabalho e história médica. Além disso, caso você permita, anotaremos seu peso, altura e calcularemos seu índice de massa corpórea (IMC). A entrevista durará aproximadamente 30 minutos.

Você tem a garantia de que, em qualquer momento do estudo, terá acesso aos pesquisadores para o esclarecimento de eventuais dúvidas. É garantido também o sigilo das informações dadas durante e após a pesquisa, onde apenas os integrantes da equipe terão acesso às informações. É garantida a liberdade para retirada do consentimento a qualquer momento do estudo. Não há despesas pessoais para a participação em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito da minha participação nesta pesquisa, ficando claros os propósitos do estudo.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Assinatura da Entrevistada

Assinatura do Entrevistador

Salvador, __/__/__

Contatos:

Dr. Gilberto Tavares – 9162-0265/3277-8060

Prof. Dr. Marco Antônio Rêgo – 3283-8865

ANEXO C: Manual de Entrevista

PESQUISA SOBRE CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE CÂNCER DA MAMA E DO COLO DO ÚTERO ENTRE TRABALHADORAS DA ÁREA DE SAÚDE.

Apresentação

Caro entrevistador (a);

Este manual tem o intuito de padronização à aplicação dos instrumentos de pesquisa, sendo esta sua primeira versão. Estaremos inicialmente discutindo os aspectos gerais e em seguida, já utilizando o questionário, as particularidades das sentenças. Ao longo desses meses estaremos aprimorando tanto o instrumento como a forma de entrevista conforme as necessidades do campo se revelar. Conto com sua colaboração!

Gilberto Andrade Tavares

1. Aspectos Gerais

- a. **Vestir-se adequadamente** – Simplicidade, modéstia e limpeza. Todos devem usar jaleco no momento da entrevista. Homens sempre de calça, sapato ou tênis; blusas ao menos de manga curta. Mulheres de calça, saia ao menos na altura do joelho, sapato ou tênis; não usar blusas que sejam “chamativas”.
- b. **Cordialidade** – Cumprimentar o entrevistado, apresentar-se e falar o título do trabalho, falar sobre os objetivos gerais do trabalho e, antes de iniciar a entrevista, apresentar ao entrevistado o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (Anexo 03), onde debateremos mais adiante.

2. Durante a Entrevista

- a. **Iniciando a entrevista** – Falar de maneira **clara, volume adequado** com o ambiente da entrevista (nem sempre estaremos numa sala reservada). **Evitar gírias** ou regionalismo na fala. Ler com atenção as perguntas para o entrevistado, mas **atentar para o tempo** de entrevista, não se demorando muito em cada questão. **Não modificar em nenhuma hipótese o texto da pergunta** para “facilitar” o entendimento do entrevistado; se dúvida do entrevistado, **repetir** quantas vezes for necessário e **signalizar no fim do questionário** onde houve tal dificuldade.

b. Registro da resposta – Registrar no quadro correspondente o número arábico correspondente. Exemplo:

02. Cor (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (6) Não Sabe	CORIBGE 4
--	----------------

Em caso de **perguntas em aberto**, registrar exatamente como foi falado pelo entrevistado no espaço reservado e registrar no quadro o número correspondente. Exemplo:

08. Meio de comunicação mais usado (1) Jornais (2) Revistas (3) Televisão (4) Rádio (5) Internet (6) Outros Celular.	MEICOM
---	--------

ANEXO D



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº 004/2011
Ref.: Devolução de Projeto

Salvador, 17 de fevereiro de 2011.

Prezado Gilberto Andrade Tavares

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

O projeto "Conhecimentos e atitudes sobre câncer de mama e de colo de útero entre trabalhadores de saúde" pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse sentido, o Comitê decidiu por sua aprovação, lembrando ao pesquisador a necessidade de encaminhar ao Comitê o relatório parcial e/ ou final no período de seis (seis) meses a 1 (um) ano conforme recomendação da Resolução nº. 196/96.

Situação do Projeto: APROVADO

Atenciosamente,

CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA
Coordenador do CEP-SESAB