

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



AGRADECIMENTOS

- Aos meus orientadores, Professora Doutora Manuela Ferreira e Professor Doutor João Carvalho pelas observações, conselhos, orientações e disponibilidade;
- Ao conselho directivo do ACES Dão Lafões I, pela autorização para a aplicação do questionário;
- A todos os profissionais de saúde do ACES Dão Lafões I, pela colaboração na aplicação dos questionários;
- A todas as mulheres inquiridas, pela compreensão e disponibilidade no preenchimento dos questionários;
- Uma palavra ainda para todas as pessoas que por uma razão ou por outra, ficarão sempre ligados a este trabalho, a minha gratidão;
- Especialmente ao meu marido e filho que sempre me acompanharam e apoiaram com a dose certa de paciência e amor.

RESUMO

Enquadramento: O cancro do colo do útero é o segundo tipo de cancro mais frequente na mulher, a adesão ao rastreio possibilita a identificação do problema numa fase precoce.

Objectivos: O nosso estudo tem como objectivo analisar em que medida as características *sóciodemográficas e profissionais*, os *conhecimentos em relação ao cancro do colo do útero e rastreio*, as *crenças de saúde* afectam a *adesão ao rastreio*.

Métodos: Realizamos um estudo de natureza quantitativa, não experimental, explicativo, descritivo, correlacional, transversal, retrospectivo. O estudo foi realizado através da aplicação de um questionário, onde exploramos os dados sóciodemográficos, os conhecimentos acerca do cancro do colo do útero e do rastreio e as crenças de saúde. O questionário foi aplicado a 306 mulheres inscritas no ACES Dão Lafões I, com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos, que se encontravam nas salas de espera dos vários serviços.

Resultados: Quando analisada a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, verificou-se que a maioria das mulheres faz o rastreio. As mulheres que apresentam maior adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, são as que se encontram casadas ou a viver em união de facto, o estado civil influencia a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero. O tipo de conhecimentos face ao cancro do colo do útero do colo do útero não afecta a adesão ao rastreio. Relativamente às Crenças de Saúde (nota Global), apuramos que estas influenciam a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero.

Conclusão: A atitude da mulher face á realização do rastreio do cancro do colo do útero é determinante para a redução deste cancro, visto que, o padrão epidemiológico da doença, se caracteriza por um período longo entre a detecção das primeiras lesões e a instalação da doença.

Palavras-chave: Adesão, , rastreio, cancro do colo do útero

SUMMARY

Background: Cancer of the cervix is the second most common cancer in women, adherence to screening allows the identification of the problem at an early stage.

Objectives: Our study aims to examine the extent to which sociodemographic and professional characteristics, knowledge about cancer and cervical screening, health beliefs affect adherence to screening.

Methods: We conducted a quantitative, non-experimental, explanatory, descriptive, correlational, cross-sectional, retrospective. The study was conducted by applying a questionnaire, which explored the socio-demographic data, knowledge about cervical cancer and screening and health beliefs. The questionnaire was administered to 306 women enrolled in ACES Dão Lafões I, who aged between 24 and 64, who were in the waiting rooms of various services.

Results: When analyzed adherence to screening for cancer of the cervix, it was found that most women do the screening. Women who have greater adherence to screening for cancer of the cervix, are those that are married or living in de facto unions, marital status influence adherence to screening for cancer of the cervix. The type of knowledge in relation to cervical cancer of the cervix does not affect adherence to screening for cancer of the cervix. Given health beliefs (note Global), we found that they influence adherence to screening for cervical cancer.

Conclusion: The woman's attitude to the performance of screening for cervical cancer is crucial to reduce this cancer, since the epidemiological pattern of disease, is characterized by a long period between the detection of the first injury and the onset of the disease .

Keywords: Adherence, screening, cancer of the cervix

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

Cf. - Conforme

Cit. – Citado

Et al – e outros

Fig. – Figura

Vs - Verso

SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CCU – Cancro do Colo do Útero

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

HPV – Papilomavirus humano

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

ÍNDICE

ÍNDICE QUADROS

ÍNDICE FIGURAS

1 – INTRODUÇÃO	19
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
CAPÍTULO I - CANCRO DO COLO DO ÚTERO	
2 –CANCRO DO COLO DO ÚTERO	27
2.1 – EPIDEMIOLOGIA E FACTORES DE RISCO	29
2.2. – CARACTERISTICAS CLÍNICAS	33
2.3. PREVENÇÃO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO	33
2.4. – RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO	34
CAPÍTULO II - COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AO RASTREIO	
3 – COMPORTAMENTOS DE ADESAO AO RASTREIO	39
3.1 – FACTORES QUE PODEM INFLUENCIAR COMPORTAMENTOS DE ADESÃO ..	39
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	
CAPÍTULO III - MÉTODOS	
1 – MÉTODOS	47
1.1– PARTICIPANTES	51
1.1.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL	52
1.2 – INSTRUMENTO	54
1.3– PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	64
1.4– ANÁLISE DE DADOS	64
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	
2 - RESULTADOS	71
2.1 – CONHECIMENTOS SOBRE O CCU	71
2.2 – CRENÇAS DE SAÚDE	78
2.3 – ADESÃO AO RASTREIO DO CCU	85
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO	
3 – DISCUSSÃO	95
3.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA	95
3.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	96
CONCLUSÕES	

4- CONCLUSÕES	107
BIBLIOGRAFIA	113
ANEXO I - Pedido de autorização para aplicação do questionário	121

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização do Grupo etário	52
Quadro 2	Características Sociodemográficas e Profissionais em função do grupo etário	54
Quadro 3	Cotação atribuída as questões relacionadas com o informação sobre o CCU	56
Quadro 4	Cotação atribuída quanto aos conhecimentos acerca do rastreio do CCU	57
Quadro 5	Cotação atribuída quanto aos conhecimentos acerca da vacina do CCU	58
Quadro 6	Cotação atribuída aos factores de risco do CCU	58
Quadro 7	Cotação atribuída quanto aos conhecimentos acerca dos sintomas do CCU	59
Quadro 8	Cotação atribuída face aos conhecimentos acerca do vírus responsável pelo CCU	59
Quadro 9	Cotação atribuída quanto aos Comportamentos de Adesão ao Rastreio do CCU	60
Quadro 10	Distribuição percentual da amostra face à adesão ao rastreio do CCU	60
Quadro 11	Distribuição dos itens pelas sub-escalas das Crenças de Saúde	61
Quadro 12	Comparação dos valores de Alfa <i>de Cronbach</i> obtidos por Patrão et al. (2000) e a presente investigação	62
Quadro 13	Consistência interna da Escala de Crenças de Saúde (Patrão et al., 2000)	63
Quadro 14	Informação sobre o CCU	72
Quadro 15	Conhecimentos acerca do rastreio	73
Quadro 16	Conhecimentos acerca da vacina e dos factores de risco do CCU	74
Quadro 17	Conhecimentos acerca dos sintomas e do vírus responsável pelo CCU	75
Quadro 18	Estatística relativas aos Conhecimentos Globais sobre o Cancro do Colo do Útero .	76
Quadro 19	Distribuição dos Conhecimentos Globais sobre o CCU (por Grupos) face às variáveis sociodemográficas e profissionais	78
Quadro 20	Distribuição percentual pelas Questões da Crença de Vulnerabilidade	79
Quadro 21	Distribuição percentual pelas Questões da Crença de Gravidade	79
Quadro 22	Distribuição percentual pelas Questões da Crença de Benefícios	80

Quadro 23	Distribuição percentual pelas Questões da Crença de Obstáculos	80
Quadro 24	Estatísticas relativas as Crenças de Saúde	81
Quadro 25	Estudo da relação entre as Crenças de Saúde (subescalas e nota global) e as variáveis sociodemográficas e profissionais	83
Quadro 26	Estudo da relação entre as Crenças de Saúde (subescalas e nota global) e os conhecimentos acerca do CCU	84
Quadro 27	Distribuição percentual da amostra face à adesão ao rastreio do CCU	85
Quadro 28	Distribuição da Adesão ao Rastreio do CCU e os conhecimentos face ao CCU (grupos)	86
Quadro 29	Distribuição da Adesão ao Rastreio do CCU e as variáveis sociodemográficas e profissionais	87
Quadro 30	Dispersões entre os grupos	88
Quadro 31	Teste de igualdade de médias	88
Quadro 32	Variáveis em análise segundo o método <i>Stepwise</i> .	89
Quadro 33	Classificações corretas feitas ao acaso	89
Quadro 34	Caracterização das mulheres que fazem o rastreio do CCU	90
Quadro 35	Caracterização das mulheres que não fazem o rastreio do CCU	91

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1	Anatomia do colo do útero	28
Figura 2	História natural da infecção por hpv	29
Figura 3	Taxas de mortalidade e incidência (por 100.000 habitantes) em 2002 por tumor maligno do colo do útero na europa, padronizadas para a idade	31
Figura 4	Incidência e mortalidade por cancro do colo do útero em 2005 por grupo etário em portugal	32
Figura 5	Representação esquemática da investigação	50

INTRODUÇÃO

1 – INTRODUÇÃO

As patologias neoplásicas são um gravíssimo problema de saúde pública a nível mundial, demonstrando cada vez mais a necessidade de intervenção em termos de prevenção primária. De salientar que em todo o mundo, a cada dois minutos morre uma mulher com cancro do colo do útero (CCU). (GlaxoSmithKline, 2006)

O CCU é o segundo tipo de cancro mais frequente na mulher, tem uma etiologia bem conhecida, relacionada com a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) (quase 100% dos casos) sendo esta a patologia mais relevante associada a este vírus. (Portugal, 2008) (a)

O CCU é um dos cancros evitáveis mais frequente nas mulheres (Ferley, 2004). O padrão epidemiológico da doença, caracteriza-se por um período longo entre a detecção das primeiras lesões e a instalação da doença, favorecendo a sua inclusão em programas de rastreio organizados, por serem custo-eficientes e terem ganhos em saúde associados. (Anttila, 2004, Castellsague, 2006)

O prognóstico depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico, estando a sua mortalidade fortemente associada ao diagnóstico tardio e a fases avançadas. (Pereira, 2008)

A atitude da mulher em relação á realização da citologia é determinante para a incidência do CCU. O Código Europeu Contra o Cancro, refere que o diagnóstico precoce é a condição indispensável para que se consiga uma boa percentagem de curas, dependendo da vigilância esclarecida de cada um. Contudo, verifica-se que as taxas de incidência e de mortalidade ainda continuam a desafiar as medidas adoptadas, sinalizando possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das medidas e acções.

Os comportamentos de adesão aos cuidados de saúde implicam, por parte do individuo, uma atitude de envolvimento activo, voluntário de aceitação e de colaboração com a manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da doença (Patrão, 2002). Os factores que podem influenciar os comportamentos de adesão dos indivíduos são, geralmente, as características relacionadas com a doença, o tratamento, o individuo, a relação médico/utente e a relação deste último com os serviços de saúde (Bishop, 1994; Brannon, 1992).

Assim, este trabalho surgiu como resposta a necessidade de uma intervenção direccionada, no sentido de procurar melhorar a qualidade de vida das mulheres. Para tal

consideramos pertinente investigar: os comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero.

Realizamos um estudo de natureza quantitativa, não experimental, explicativo, descritivo, correlacional, transversal, retrospectivo.

Como questões de investigação foram construídas as seguintes:

- a) Que determinantes estão implícitos nos comportamentos de adesão das mulheres em relação ao rastreio do cancro do colo do útero?

E na sequência desta questão ainda nos interrogamos:

- b) O nível de conhecimentos das mulheres acerca do cancro do colo do útero e do RCCU influencia a adesão ao mesmo?
- c) Qual a influência das variáveis sócio demográficas e profissionais na adesão ao RCCU?
- d) Em que medida as crenças de saúde das mulheres acerca do cancro do colo do útero influenciam a adesão ao RCCU?

Como objectivos delineamos:

- Identificar os determinantes dos comportamentos de adesão das mulheres em relação ao rastreio do cancro do colo do útero.
- Analisar a relação entre as características sócio demográficas e profissionais das participantes com a adesão ao RCCU.
- Analisar em que medida os conhecimentos das mulheres acerca do CCU e do RCCU estão relacionados com a adesão ao RCCU.
- Verificar em que medida as crenças de saúde têm efeito significativo na adesão ao RCCU.

Como instrumentos de colheita de dados utilizamos o questionário, que pretende pesquisar os dados sóciodemográficos, os conhecimentos acerca do cancro do colo do útero e do rastreio e as crenças de saúde. Para avaliar as crenças de saúde utilizamos a Escala Crenças de Saúde de Champion, 1993, adaptada e reformulada para a língua portuguesa por Patrão et al., 2000, com as respectivas subescalas (Vulnerabilidade, Gravidade, Benefícios e Obstáculos). O questionário foi aplicado a mulheres com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos, inscritas no ACES Dão Lafões I - Viseu, que se encontravam na sala de espera dos vários serviços, durante os meses de Abril e Maio de 2011.

Este trabalho está estruturado em duas partes. A primeira inclui a fundamentação teórica, onde serão apresentadas algumas considerações acerca do cancro do colo do útero, epidemiologia e factores de risco, características clínicas, formas de prevenção e o exame de rastreio e os factores que podem influenciar os comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero. Na segunda parte - componente prática/estudo empírico – são referidos os métodos do estudo, resultados, discussão e, por fim, as conclusões.

Consideramos que os resultados que obtivemos podem contribuir um pequeno contributo para uma intervenção por parte dos profissionais do ACES do Dão Lafões I, no sentido da melhoria na qualidade dos cuidados, melhorando atitudes e comportamentos.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I

CANCRO DO COLO DO ÚTERO

2 –CANCRO DO COLO DO ÚTERO

O cancro do colo do útero assume grande importância em termos mundiais, na medida em que é o sétimo cancro mais frequente e o segundo mais comum na mulher. Afectando maioritariamente mulheres em idade activa, entre os quinze e os quarenta e quatro anos, muitas das quais com responsabilidades profissionais e familiares. (Tavares, 2009)

De salientar que Portugal é entre os países que constituem a União Europeia, aquele em que a mortalidade tem mais expressão.

O cancro é uma doença universal que atinge todos os seres vivos em particular os ser humano. A sua principal característica é o desequilíbrio do processo de crescimento celular levando a anomalias na forma e na função das células. Sendo o resultado final um processo evolutivo que segue uma série de fases sucessivas, com um longo período de latência entre a exposição ao agente carcinogénio e a emergência da doença. (Bilro, 2004)

Ao contrário de muitos outros cancros, a principal causa do cancro do colo do útero não é hereditária, este é causado por um vírus, designado por papilomavirus humano, que provoca transformações nas células do colo uterino originando lesões, que podem ou não progredir para lesões cancerosas.

O colo do útero é o canal que se situa entre o sistema reprodutor interno e externo, localiza-se na entrada do útero, formando uma estreita junção entre o colo do útero e a vagina. Apresenta uma forma cilíndrica e é a porção final do útero. Tem apenas alguns milímetros de comprimento e possui dois orifícios um interno que constitui o chamado canal cervical ou endocervice para a cavidade uterina, sendo formado por epitélio colunar, e um externo chamado de ectocervice que permite a comunicação com a vagina, formado por epitélio escamoso. Entre estes dois epitélios encontra-se a junção escamocolunar. (Lépori, 2007)

Entre os dois orifícios existe uma zona de transformação. A identificação da zona de transformação é de grande importância na colposcopia, visto que quase todas as manifestações da carcinogénese cervical ocorrem nessa zona.

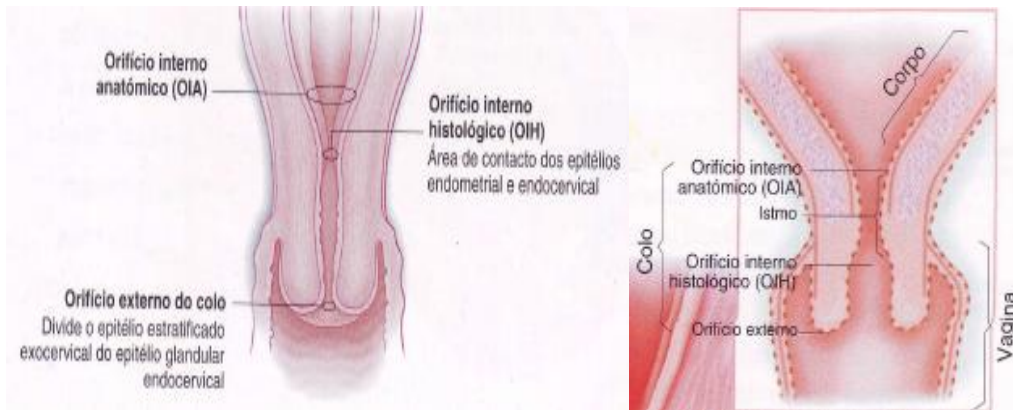


Figura 1 – Anatomia do colo do útero

Fonte: Miniatlas da gravidez (Lépori, 2007)

Nas fases precoces do desenvolvimento do cancro do colo do útero as células cervicais sofrem alterações características, que podem ser detectadas se colhida e examinada ao microscópio uma amostra de epitélio cervical.

Na cervix, a infecção inicial ocorre nas células basais. Uma vez que o papiloma vírus humano (HPV) atinge as células alvo, este permanece latente ou inicia o seu processo de replicação no núcleo, levando à síntese e libertação de partículas virais infectantes. (GlaxoSmithKline, 2006)

Sendo o HPV um vírus do DNA, os seus genes podem manipular o controle do ciclo celular do hospedeiro e levar à sua persistência e replicação. A progressão das lesões microinvasivas e invasivas não tratadas está associada com a integração do genoma do HPV no DNA da célula hospedeira, o que promove a instabilidade genómica, originando a replicação anárquica das células com acumulação de mutações genéticas. (Tavares, 2009)

Os HPVs são classificados de baixo ou alto risco oncogénico, diferindo na sua capacidade de induzir imortalização e transformação celular, bem como de interagir com vários componentes do ciclo celular. (Pereira, Rocha e Tavares, 2009)

2.1 – EPIDEMIOLOGIA E FACTORES DE RISCO

De acordo com um artigo publicado na revista Nursing, acerca de Cancro do colo do útero: uma doença prevenível, nem sempre foi assim, mas, actualmente já é consensual a associação causal do cancro do colo do útero a um agente viral, papilomavirus humano, sendo esta condição necessária para o desenvolvimento deste tipo de cancro.

O cancro do colo do útero desenvolve-se lenta e progressivamente, podendo levar vinte anos ou mais desde a infecção persistente até ao desenvolvimento de lesões de alto grau e de cancro invasivo. (Pereira, Rocha , Tavares, 2009 e Portugal, 2008 (a))

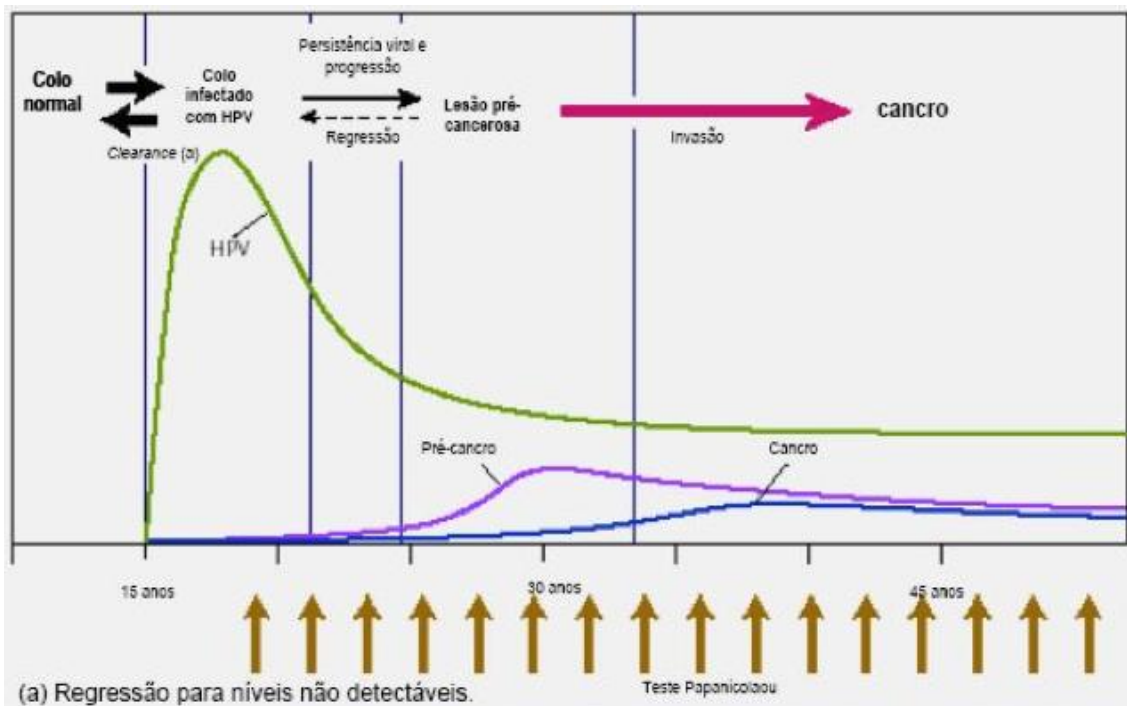


Figura 2 - História natural da infecção por HPV

Fonte: DGS – CTV, Vacinação contra infecções por HPV, Maio de 2008

Segundo a DGS, nas mulheres, a prevalência máxima de infecções transitórias por tipos carcinogénicos do HPV, ocorre na adolescência e entre os 20 e 30 anos de idade, após o início da actividade sexual, conforme podemos ver através da linha verde. A prevalência máxima de lesões pré-cancerosas tem lugar aproximadamente 10 anos mais tarde, representado pela linha lilás, e a de doença invasiva, nomeadamente CCU, ocorre por volta

dos 40 a 50 anos de idade de acordo com o que podemos observar na linha azul. A prevenção do CCU baseia-se num programa de rastreios citológicos, incluindo o teste de papanicolau e a colpocitologia, representado na figura por setas castanhas.

A infecção genital por HPV é considerada a doença sexualmente transmissível mais frequente em todo o mundo, representando um problema de saúde pública importante devido à sua alta prevalência e transmissibilidade. (Trottier, 2008)

Segundo Silva (2010) em passapalavra, citando Koutsky (1888 e 1997), Syrjanen (2005), Ferlay (2002) e Pagliusi (2004), o papilomavirus humano é um vírus habitualmente silencioso, sendo por isso natural que as mulheres não se apercebam que estão infectadas. O HPV é transmitido por contacto sexual, pelo que cerca de setenta e cinco por cento das mulheres sexualmente activas se deparam com este vírus ao longo das suas vidas. Na maioria dos casos, o organismo consegue eliminar a infecção. Contudo, a cada dia que passa morrem quarenta mulheres na Europa vítimas de cancro do colo do útero.

Assume-se que os genótipos de HPV em Portugal, tenham uma distribuição semelhante à de outros países da União Europeia. Assim, os genótipos dezasseis e dezoito são mais prevalentes e responsáveis por cerca de setenta a setenta e cinco por cento dos casos de cancro do colo do útero e os genótipos trinta e um e quarenta e cinco, foram encontrados apenas em seis por cento das mulheres portuguesas com cancro do colo do útero. (Portugal, 2008 (a) cit. Pista, 2006 e 2007)

Demonstrou-se com o estudo Cleopatre, efectuado por Pista (2010), que em Portugal uma em cada cinco mulheres, dos dezoito aos sessenta e cinco anos de norte a sul do país, está infectada por HPV. A percentagem mais elevada registou-se no grupo dos vinte aos vinte e cinco anos, havendo também uma incidência significativa em mulheres entre os quarenta e cinco e os sessenta e quatro anos. Neste estudo demonstrou-se que em Portugal a incidência é superior à média da União Europeia a quinze, daí que a prevenção seja essencial.

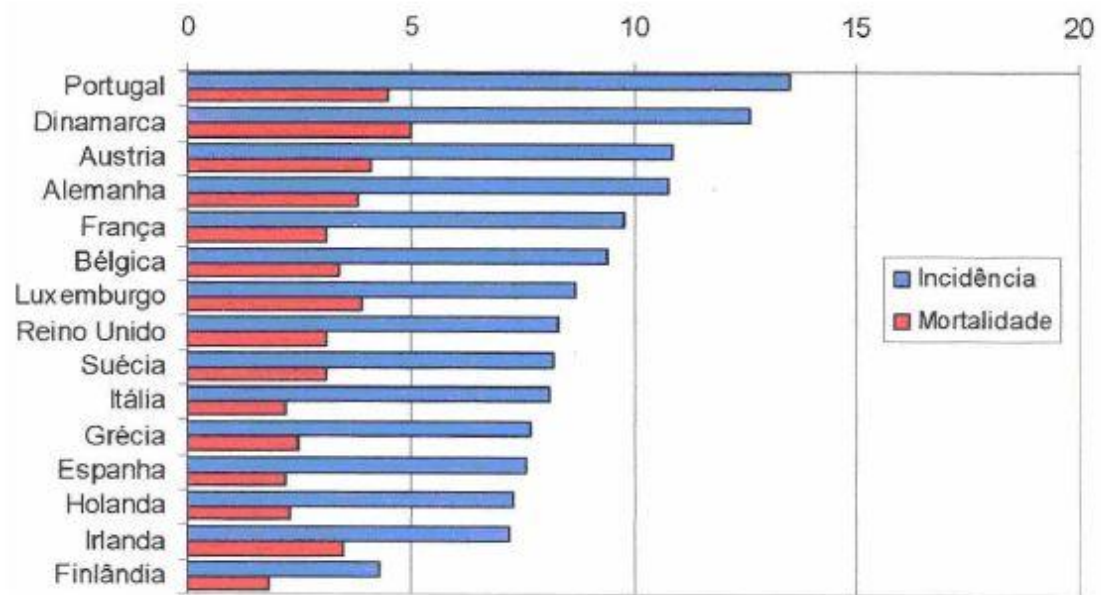


Figura 3 – Taxas de mortalidade e incidência (por 100.000 habitantes) em 2002 por tumor maligno do colo do útero na Europa, padronizadas para a idade

Fonte: DGS – CTV, Vacinação contra infecções por HPV, Outubro de 2008 (cit. Ferley et al, 2004, a partir de dados «Globocan 2002»).

A persistência das taxas elevadas de incidência e de mortalidade por cancro do colo do útero ao longo do ciclo da vida da mulher, leva-nos a querer que existe baixa cobertura a nível nacional, por forma a permitir a detecção da doença nas fases mais precoces e em idades progressivamente mais jovens.

Os dados nacionais revelam que mais de metade das mortes anuais ocorrem em mulheres com idade inferior a sessenta anos. (Pereira, Rocha e Tavares, 2009)

Grupo etário	Incidência por 100 000 (2005)	Mortalidade por 100 000 (2005)
Total	20,95	3,81
≥ 15	24,52	4,45
15-19	0,00	0,00
20-24	0,61	0,00
25-29	3,15	0,24
30-34	10,85	1,23
35-39	23,79	2,81
40-44	39,20	4,62
45-49	41,45	5,90
50-54	42,85	6,02
55-59	34,80	6,30
60-64	31,91	5,97
65-69	32,24	7,08
70-74	32,15	8,71
75-79	30,54	10,90
80-84	27,11	12,45
85+	17,82	11,70

Figura 4– Incidência e mortalidade por cancro do colo do útero em 2005 por grupo etário em Portugal

Fonte: Fonte: DGS – CTV, Vacinação contra infecções por HPV, Outubro de 2008 cit. Costa et al, 2007

Em relação aos factores de risco, nem sempre se consegue explicar o porquê de algumas mulheres desenvolverem cancro do colo do útero e outras não.

Ao contrário de muitos outros cancros, o cancro do colo do útero não é hereditário. No entanto, sabe-se que uma mulher com os factores de risco abaixo referenciados está mais predisposta a desenvolver a doença.

A infecção prévia com HPV é o principal factor de risco para o cancro do colo do útero, sendo esta a condição necessária mas não suficiente para o desenvolvimento do mesmo. Contudo, quando associada a factores como início precoce das relações sexuais; múltiplos parceiros sexuais, sejam por parte da mulher ou do homem com quem a mulher tem relações sexuais; uso prolongado de contraceptivos orais (cinco anos ou mais); sistema imunitário enfraquecido; a não realização de rastreio de cancro do colo do útero; multiparidade; situação conjugal; baixa condição socioeconómica e tabagismo têm sido apontados como factores que favorecem a persistência da infecção e progressão para lesão epitelial. (Tavares, 2009)

Quando presentes em simultâneo dois ou mais factores de risco aumenta a predisposição para desenvolver a doença.

2.2. – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O cancro do colo do útero numa fase inicial pode não apresentar quaisquer sinais ou sintomas, surgindo estes, numa fase mais avançada. Assim os sinais e sintomas vão depender da fase da doença.

Segundo Portugal (2008)(a), o facto de a maioria das vezes a doença ser detectada através do exame preventivo da citologia, pressupõe que a grande maioria das mulheres com diagnóstico de cancro do colo do útero, está na fase inicial e é assintomática.

Quando a doença se agrava a hemorragia vaginal é o sintoma mais comum. Em mulheres sexualmente activas, apresenta-se habitualmente na forma de coitorragias, podendo também ser uma hemorragia intermenstrual ou pós menopausica. Em mulheres sem actividade sexual o cancro cervical pode permanecer assintomático até um estágio avançado. Grandes neoplasias infectam com frequência e a leucorreia com mau cheiro, pode ocorrer antes do início da hemorragia. Em casos avançados a dor pélvica, abdominal ou dorsal, a sensação de peso hipogástrico ou sintomatologia urinária e/ou rectal podem ser os sintomas de apresentação. (Tavares, 2009 e Portugal, 2008 (a))

Nesta fase pode também surgir dor durante as relações sexuais, perda de peso, anorexia, anemia e edema dos membros inferiores. (Phipps, 2003)

2.3. PREVENÇÃO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

A prevenção é uma intervenção de saúde, cuja finalidade consiste em abranger um conjunto de acções que visam evitar ou reduzir a gravidade e o número de problemas de saúde.

Atendendo à história natural do CCU, à magnitude, à transcendência social e económica, à vulnerabilidade, à prevenção e ao tratamento, as estratégias para minimizar o seu impacto na saúde das mulheres deverão ser, obrigatoriamente, abrangentes e complementares.

Devem privilegiar-se estratégias integradas, incluindo:

- Prevenção primária – consiste na prevenção da infecção por HPV e dos co-factores que aumentam o risco de cancro do colo do útero – através de programas apropriados para incentivar comportamentos saudáveis e através da vacinação. (Portugal, 2008 (a))

Estes programas devem ir de encontro à adopção de comportamentos sexuais seguros contribuindo para uma parte crucial da prevenção, já que a transmissão do vírus pressupõe contacto sexual. O início das relações sexuais mais tardio, o uso do preservativo que previne o contacto, se concomitantemente houver limitação do numero de parceiros sexuais, então conseguimos, uma redução significativa do risco de contágio. Actualmente, a abordagem da prevenção do cancro do colo do útero, implica referir aquela que constitui a mais recente arma preventiva da neoplasia feminina – a vacina. No caso concreto de Portugal, apesar de comercializada desde 2007, só em finais de 2008 passou a ser integrada no plano nacional de vacinação, abrangendo jovens de treze e dezassete anos. (Fonseca, 2008)

Segundo o mesmo autor, a idade proposta pela DGS teve em conta o facto de que a vacina deve ser ministrada antes do início da actividade sexual. No entanto, a vacinação também permite protecção noutras idades, mesmo após a exposição ao vírus, sendo que essa protecção é direccionada a outras estirpes virais.

- Prevenção secundária – consiste na detecção precoce de lesões pré malignas – através de programas de rastreio organizado que prevêm a convocação das mulheres dos grupos alvo identificados, de acordo com uma calendarização definida e com ligações efectivas entre todos os níveis de cuidados.

A estratégia da prevenção secundaria que faz a detecção precoce da doença, tentando assim minimizar as suas consequências, associada à prevenção primária através da modificação dos hábitos comportamentais de risco, campanhas de incentivo ao rastreio do cancro do colo do útero e à inclusão das vacinas no plano nacional de vacinação. Estas duas formas complementam-se e a sua associação vai melhorar a eficiência de qualquer programa de combate ao cancro do colo do útero. (Silva, 2010 cit. Goldie, 2004)

- Prevenção terciária – diagnostico, tratamento e cuidados paleativos para os casos mais avançados da doença – assegurando a continuidade de cuidados, através da acessibilidade a todos os níveis de intervenção dos serviços de saúde. Portugal, 2008 (a)

2.4. – RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Rastreio é a procura sistemática de lesões pré cancerosas em indivíduos assintomáticos, utilizando os recursos da oncologia preventiva, com o objectivo do diagnóstico precoce (Bilro, 2004). Há duas décadas (1999), no centro do país, iniciou-se um

rastreio organizado contra o cancro do colo do útero. Este surgiu inicialmente associado ao IPO de Coimbra e ao Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro. Recentemente ficou a cargo da Administração Regional de Saúde do Centro. (Oliveira; Silva; Villa, 2010)

O rastreio Nacional é feito em vários Centros de Saúde e a participação é fundamental, pois as mulheres que se recusam a participar têm maior risco de vir a desenvolver carcinoma invasor do colo.

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia preconiza que o início do rastreio seja:

- Rastreio oportunístico, este deve realizar-se três anos após o início de relações sexuais.

- Em programa de rastreio organizado, este deve ser feito a todas as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos. Inicialmente, o rastreio deve ser feito uma vez por ano. Depois de ter dois resultados do exame de Papanicolau normais, deve fazer-se o rastreio de três em três anos. O rastreio proporciona a melhor protecção possível se for repetido com regularidade. (Reunião de Consenso em Patologia Cervico-Vulvovaginal, 2004)

De acordo com um artigo subordinado ao tema, cancro do colo do útero: é uma doença prevenível, os exames de rastreio possibilitam a identificação do problema numa fase precoce, quando se espera que seja facilmente tratada ou que as consequências possam ser atenuadas. No caso específico das mulheres a detecção precoce do cancro do colo do útero é possível através da citologia vaginal.

Devemos pensar nos ganhos que se podem obter com a implementação de medidas preventivas, quer na sociedade, quer nas finanças públicas quer no país. Os custos contabilizáveis e não contabilizáveis associados à doença oncológica, poupariam milhões ao investir na prevenção. Alguém disse que um grama de prevenção, equivale a um quilograma de saúde.

CAPÍTULO II

COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AO RASTREIO

3 – COMPORTAMENTOS DE ADESAO AO RASTREIO

Segundo Morgado (2007), em todo o mundo o cancro do colo do útero é o segundo mais frequente no sexo feminino e representa cerca de dez por cento de todos os cancros da mulher. Sendo este um dos cancros evitáveis mais frequente e ao contrario da maioria dos problemas oncológicos, este é provocado por um virus sexualmente transmissível.

Diariamente, em todo o Mundo, milhares de pessoas morrem devido a problemas de saúde apenas porque não seguiram ou desconheciam algumas indicações importantes para a prevenção dessas doenças.

Devemos intervir e investir na mudança de comportamentos, através da prevenção com um intuito de evitar a doença, levando a um diagnóstico precoce da doença e consequentemente a um melhor prognóstico para as mulheres.

Sendo o padrão epidemiológico da doença, caracterizado por um período longo entre a detecção das primeiras lesões e a instalação da mesma, a sua inclusão em programas de rastreio organizado é favorável, por serem custo – eficientes e terem ganhos de saúde associados (Pereira, 2009).

Patrão e Leal (2002) citando Turk e Meichenbaum (1991), referem que comportamento de adesão aos cuidados de saúde implica, por parte do individuo, uma atitude de envolvimento activo, voluntário de aceitação e de colaboração com a manutenção de saúde, prevenção ou tratamento.

Ogden (2004) citando Haynes e Col (1979), define adesão como “a medida em que o comportamento do doente, coincide com os conselhos dos profissionais de saúde”.

3.1 – FACTORES QUE PODEM INFLUENCIAR COMPORTAMENTOS DE ADESAO

Os comportamentos relacionados com a saúde, funcionam como determinantes do estado de saúde. Sendo estes consequência de um conjunto de processos pessoais e sociais, vamos fazer referência a alguns factores envolvidos.

Ogden (2004) citando Leventhal e col (1985), descreve factores que permitem predizer os comportamentos de saúde:

- factores sociais, como a aprendizagem, o reforço a moldagem e as normas sociais;

- genética;
- factores emocionais, como a ansiedade stress, tensão e medo;
- sintomas percebidos, como dor, perdas hemorrágicas e fadiga;
- as crenças do doente;
- as crenças dos profissionais de saúde.

De acordo com Merck (2007), toda a gente experimenta medo e ansiedade. O medo é uma resposta emocional, fisiológica e do comportamento perante o reconhecimento de uma ameaça externa (por exemplo, a probabilidade de ter cancro). A ansiedade é um estado emocional desagradável que tem uma causa pouco clara e é frequentemente acompanhado por alterações fisiológicas e de comportamento semelhantes às causadas pelo medo. Por causa destas semelhanças, às vezes usam-se os termos «ansiedade» e «medo» de forma indistinta.

A sensação de ansiedade é uma vivência comum a qualquer ser humano. É uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa. É um sinal de alerta, que adverte sobre perigos eminentes e capacita o indivíduo a tomar medidas para enfrentar ameaças.

Um certo grau de ansiedade proporciona uma componente adequada de precaução em situações potencialmente perigosas (Merck, 2007). Para o mesmo autor, na maior parte dos casos, o nível de ansiedade de uma pessoa sofre alterações apropriadas e imperceptíveis ao longo de um espectro de estados de consciência desde o sono até à vigília, passando pela ansiedade e pelo medo e assim sucessivamente. Em alguns casos, no entanto, o sistema de resposta à ansiedade funciona incorrectamente e é ultrapassado pelos acontecimentos.

As abordagens feitas às crenças de saúde incluem a teoria da atribuição, lócus de controlo de saúde, o optimismo irrealista e o modelo de fases de mudança de comportamento. (Ogden, 2004)

O modelo de crenças de saúde foi desenvolvido para explicar a incapacidade das pessoas para participarem em programas que visavam prevenir ou evitar as doenças. No entanto, o modelo de crenças de saúde tem sido utilizado para prever comportamentos ligados à saúde. (Patrão, 2002 cit. Ribeiro, 1998)

Este modelo, afirma que a disposição para implementar comportamentos de saúde é determinada pela percepção que o indivíduo tem da probabilidade de ter uma doença particular e pela percepção da gravidade das consequências de adoecer.

Ogden (2004), referindo-se aos componentes do modelo de crenças de saúde afirma que este prediz que o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais. As crenças básicas iniciais são as percepções individuais sobre: a susceptibilidade à doença (refere-se à

probabilidade de vir a contrair uma doença); a gravidade da doença; os custos envolvidos na realização de um comportamento; os benefícios envolvidos na realização de um comportamento e as pistas de acção que podem ser internas e externas.

Ribeiro (1994), afirma que o locus de controle é uma variável da personalidade relacionada com a saúde e com as doenças, cujo papel tem recebido recentemente atenção. Desde 1966, as investigações têm mostrado que o locus de controle é um importante preditor dos resultados de saúde.

A teoria do locus de controlo de saúde é uma das mais influentes na psicologia da saúde, tendo dado origem a numerosas investigações. (Bennett,1999)

O autor supracitado citando Rotter (1966), afirma que este dividiu os indivíduos em internos e externos. Os internos acreditam que os acontecimentos são consequência das acções, estando, portanto sob o seu controlo pessoal. Os indivíduos externos são aqueles que acreditam que os acontecimentos não se relacionam com as suas acções e são determinados por factores que se encontram fora do seu controlo pessoal.

As crenças relativas ao locus de controlo da saúde reflectem até que ponto um individuo acredita que as suas acções podem ter os resultados pretendidos. Será de esperar que as mulheres com locus de controlo interno vão aderir mais facilmente ao rastreio do cancro do colo do útero.

A maneira como o doente compreende e memoriza a informação, vai interferir com a sua satisfação e consequentemente levará a um maior grau de adesão.

Ogden (2004) citando Ley et col (1988), concluiu que a satisfação do doente resulta de vários componentes da consulta, em particular dos aspectos afectivos, dos aspectos comportamentais e dos aspectos ligados à competência do técnico de saúde, afirmou também que a satisfação é determinada pelo conteúdo da consulta e esta está directamente relacionada com a adesão.

A não adesão à recomendação médica implica uma falha na comunicação médico-doente. É necessário criar uma relação de empatia com o doente, sendo capaz de o motivar a aderir a determinado tratamento ou a uma mudança de comportamento. A compreensão do doente acerca do exame de rastreio leva a um aumento da adesão.

Os rastreios foram encarados como métodos pouco dispendiosos de prevenir a doença, bem como de obter estatísticas sobre a prevalência e a incidência de uma vasta gama de doenças.

Num estudo realizado por Ogden (2004) que teve por base o modelo de crenças de saúde, o locus de controlo de saúde e o controlo emocional, onde se analisava o

comportamento feminino em relação ao rastreio do cancro do colo do útero concedeu que a realização do mesmo estava positivamente relacionada com a religião, estado civil, benefícios percebidos do tratamento, motivação para a saúde e conhecimentos sobre o cancro do colo do útero, e negativamente com a classe social, as barreiras e custos percebidos pela mulher e a crença do papel desempenhado pela sorte.

A educação para a saúde tem-se centrado prioritariamente na mudança do comportamento individual ou de factores intrapessoais como as atitudes e as crenças, julgados determinantes do comportamento, a fim de promover um melhor estado de saúde. A compreensão do doente acerca do exame de rastreio, leva a uma maior adesão. (Ogden 2004)

Os rastreios foram encarados como métodos pouco dispendiosos de prevenir a doença, bem como de obter estatísticas sobre a prevalência e a incidência de uma vasta gama de doenças. (Ogden 2004) Os programas de RCCU têm efectividade plena na redução da mortalidade apenas se os exames de rastreio foram conhecidos e aceites pela população, além de serem repetidos com intervalos apropriados para detectar a doença numa fase precoce. Muitos autores relatam que a detecção precoce do CCU depende da adesão das mulheres ao mesmo. (Instituto Nacional de Câncer, 2002)

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III

MÉTODOS

1 – MÉTODOS

Na fase metodológica, delimitámos o problema a investigar, em função do qual se traçaram os objectivos. Para os atingir, efectivámos uma revisão bibliográfica, a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de seleccionar o que nos pareceu mais pertinente e actual.

O cancro do colo do útero assume grande importância em termos mundiais, na medida em que é o sétimo cancro mais frequente e o segundo mais comum na mulher, afectando maioritariamente mulheres em idade activa, muitas das quais com responsabilidades profissionais e familiares. (Tavares, 2009)

A nível europeu, Portugal é entre os países da União Europeia, aquele em que a mortalidade tem maior expressão, os dados nacionais revelam que mais de metade das mortes anuais ocorrem em mulheres com idade inferior a 60 anos. (Pereira et al, 2009)

O cancro do colo do útero numa fase inicial pode não apresentar quaisquer sinais ou sintomas, surgindo estes, numa fase mais avançada. Segundo Hickin, 2003, p.161 e Rodrigues et al, 2007, p.287, o facto de a maioria das vezes a doença ser descoberta através do exame preventivo de citologia, pressupõem que a grande maioria das mulheres com diagnóstico de cancro do colo do útero em fase inicial é assintomática.

Os exames de rastreio possibilitam a identificação do problema numa fase precoce, quando se espera que seja facilmente tratado ou que as consequências possam ser atenuadas.

As acções de prevenção primária realizam-se antes que a doença surja e têm como finalidade impedir o seu aparecimento. As acções de prevenção secundária pretendem detectar e tratar a doença cuja génese não pode ser evitada no seu estadio inicial.

A detecção dos comportamentos que levam a aderir ou não ao rastreio é fundamental, para podermos actuar directamente no cerne da questão e da maneira mais correcta, de forma aumentarmos o número de mulheres aderentes ao rastreio.

Em Viseu existe um grande esforço por parte dos profissionais de saúde para aumentar o número de mulheres rastreadas, são efectuadas convocatórias escritas ou telefónicas para que as mulheres que não efectuam o rastreio, são incentivadas para a realização do mesmo quando recorrem ao serviço por outros motivos e são contactadas telefonicamente, no dia que antecede a consulta para diminuir o absentismo. Apesar disso, temos ainda um número

elevado de mulheres que não efectuam o rastreio do cancro do colo do útero (RCCU), face a esta problemática, equacionam-se as seguintes questões de investigação:

a)-Que determinantes estão implícitos nos comportamentos de adesão das mulheres em relação ao rastreio do cancro do colo do útero?

E na sequência desta questão ainda nos interrogamos:

b)-O nível de conhecimentos das mulheres acerca do cancro do colo do útero e do RCCU influencia a adesão ao mesmo?

c)-Qual a influência das variáveis sócio demográficas e profissionais na adesão ao RCCU?

d)- Em que medida as crenças de saúde das mulheres acerca do cancro do colo do útero influenciam a adesão ao RCCU?

Neste sentido, delineamos um conjunto de objectivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja:

- Identificar os determinantes dos comportamentos de adesão das mulheres em relação ao rastreio do cancro do colo do útero.
- Analisar em que medida os conhecimentos das mulheres acerca do CCU e do RCCU estão relacionados com a adesão ao RCCU.
- Verificar em que medida as crenças de saúde têm efeito significativo na adesão ao RCCU.
- Analisar a relação entre as características sócio demográficas e profissionais das participantes com a adesão ao RCCU.

Ao que nos apercebemos são escassos os estudos sobre esta temática em Portugal. Não é nossa pretensão dar resposta e encontrar soluções para uma problemática tão complexa, será mais um contributo para diminuir o absentismo ao RCCU dando a conhecer e a compreender melhor as múltiplas implicações, factores externos e implicações.

Nesta perspectiva e tendo em conta a revisão teórica, objectivos e as hipóteses, elaboramos uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis, (cf. Figura 1).

Este desenho pretende estudar de que forma as diferentes variáveis socio-demográficas e profissionais (idade, habilitações literárias, situação profissional, estado civil, número de filhos), as variáveis do conhecimento (conhecimentos globais acerca do CCU) e as

psicológicas (atraves da escala de crenças de saude) influenciam os comportmanetos de adesão ao rastreio do colo do útero.

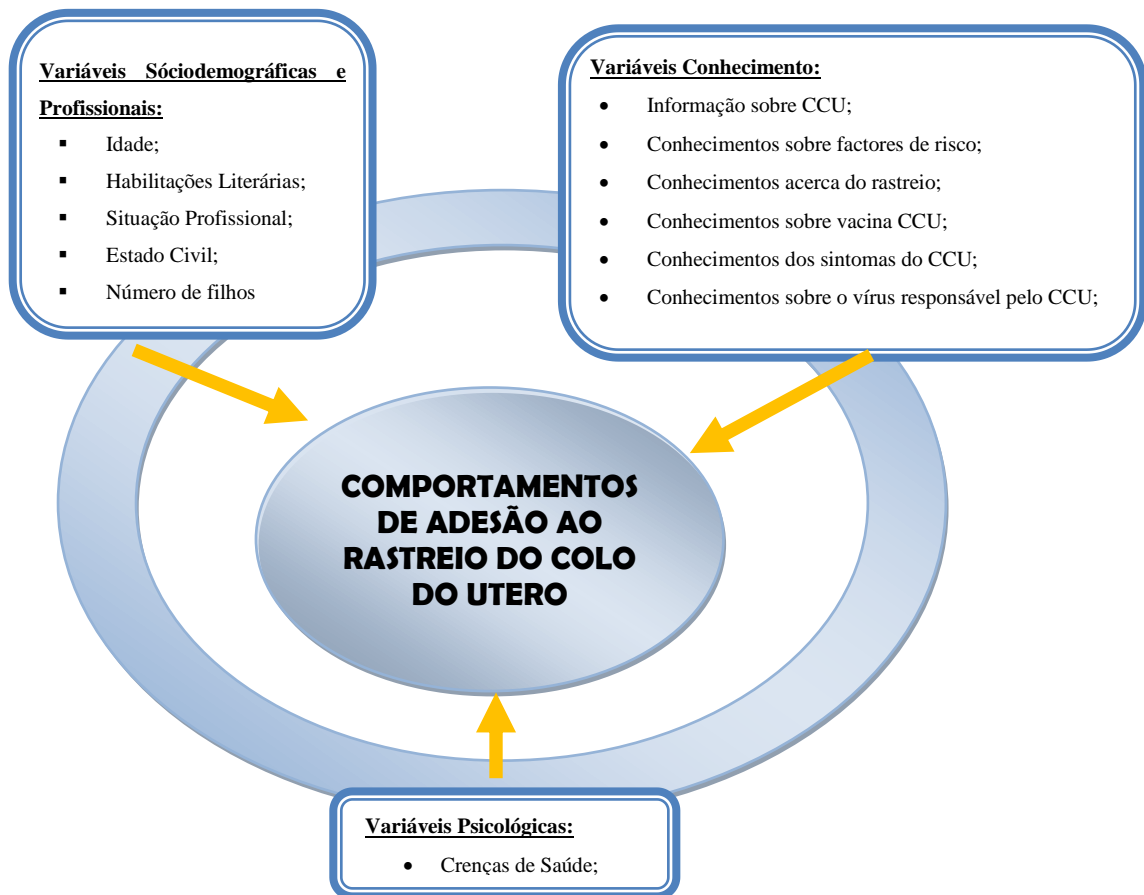


Figura 5 – Representação esquemática da investigação

O estudo realizado é de cariz **transversal**, pois, “caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento actual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo”, Duarte, (2008), citando Campana et al. (2001); **quantitativo** (pois pretende-se garantir a precisão dos resultados); **explicativo** (já que o seu propósito é o de responder às causas dos eventos, ou seja, o seu interesse centra-se em explicar como é que as variáveis independentes podem influenciar a adesão ao rastreio); **descritivo e correlacional**, como refere Duarte (2008), citando Fortin (1999); este assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha activamente para influenciar estas variáveis, será efectuado de forma a perceber a relação entre alguns factores psicossociais, as

características sócio-demográficas, os conhecimentos, as crenças de saúde e optimismo, na adesão ao rastreio do cancro do colo do útero. O seu desenho insere-se no âmbito das investigações empíricas pela sua componente observacional, ao permitir compreender o fenómeno a estudar como nos diz Duarte (2008), citando Hill e Hill (2001). Pretende-se, deste modo, descrever as características de uma determinada população (mulheres com idades compreendidas entre os 23 e os 64 anos utilizadoras do ACES Dão Lafões I, mulheres aderentes/ não aderentes ao rastreio) ou fenómeno (comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero) e estabelecer relação entre as variáveis.

Insere-se no tipo de investigação **não experimental**, pois não procura manipular as variáveis em estudo, embora seja nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno, ou seja proporcionar um certo sentido de causalidade, segundo Duarte (2008), citando Sampieri (2003).

Trata-se de um estudo **retrospectivo** permitindo a aplicação dos questionários auto-administrados não existindo intermediários, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, não se sentindo pressionado e inibido pelo entrevistador.

1.1–PARTICIPANTES

A população que se irá estudar é designada como população alvo. Esta mesma população é um grupo de pessoas com características comuns. Como raramente se consegue estudar toda uma população é feita a eleição de uma amostra que se baseia num grupo limitado a um lugar. (Fortin, 2006)

A amostra deve ser representativa do todo e homogénea, para não vir a constituir um caso isolado. O tamanho e recolha de uma amostra, bem como o seu manuseamento, requerem cuidados especiais para que os resultados não sejam distorcidos.

Para o nosso estudo, recorreremos a uma amostra não probabilística com conveniência constituída por 320 mulheres, inscritas no ACES Dão Lafões I (USF Viriato, Grão Vasco, Infante D. Henrique, Lusitana, Viseu Cidade, UCSP D. Duarte e Coração de Jesus), que se encontravam nas salas de espera dos vários serviços. Apenas se incluíram 306 questionários, dado que 14 se encontravam incorrectamente preenchidos, pois apresentavam respostas não preenchidas. A constituição da amostra decorreu durante dois meses (Abril e Maio de 2011)

1.1.1 – Caracterização sociodemográfica e profissional

➤ Idade

A idade das mulheres situa-se entre os 24 e os 64 anos, com uma média de 38,20 anos ($Dp=9,29$), com uma dispersão moderada em torno da média ($CV=24.32\%$). As medidas de simetria ou enviesamento ($SK /_{erro}$) e de achatamento ou curtose ($K /_{erro}$) revelam, uma curva assimétrica e mesocúrtica.

A recodificação da variável idade em quatro grupos etários homogêneos mostra que o grupo etário mais representativo é dos [31-36], com 27,8%, por sua vez, o grupo com menor representatividade é dos [37-45] com 22,5%, (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização do Grupo Etário

Sexo	Total	
	n	%
≤ 30	71	23,2
[31 – 36]	85	27,8
[37 – 45]	69	22,5
[46 – 64]	81	26,5
Total	306	100

➤ Habilitações Literárias

Identificamos o predomínio de mulheres com um curso superior (38,2%), seguido das que estudaram até ao secundário 36,3% e das que têm o 2º Ciclo de escolaridade 25,5%. Observamos que as mulheres que têm idades entre os 46-64 anos a escolaridade até ao 2º Ciclo é mais frequente (45,7%), existindo apenas 23,4% que possui curso superior. Por sua vez no grupo com idades inferiores ou iguais a 30 anos apenas 8,5% possui o 2º Ciclo, e a maioria 49,2% tem curso superior. O teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças encontradas são estatísticas significativas ($\chi^2= 32,618$; $p=0,000$), o que equivale a dizer que o 2ºCiclo é mais frequente em mulheres mais velhas, e por sua vez, o curso superior é mais frequente em mulheres mais novas, (cf. Quadro 2).

➤ **Situação Profissional**

Verificamos que 76,1% da nossa amostra trabalha. O teste de Qui-Quadrado revela existirem diferenças estatísticas significativas entre os grupos etários e a situação profissional, ($\chi^2= 16,968$; $p=0,001$), ou seja, as mulheres com ≤ 30 anos apresentam uma percentagem mais alta de inactividade profissional (39,4%), e as que têm idades entre os 37 e os 45 anos são as mais activas laboralmente com 87,0% (cf. Quadro 2).

➤ **Estado Civil**

As estatísticas revelam que a maioria das mulheres da nossa amostra se encontra casada\união de facto (72,9%), 15,4% permanece solteira e as restantes 11,7% divorciadas\viúvas. Os resultados obtidos nos grupos etários evidenciam que, as mulheres mais novas apresentam valores mais elevados no estado civil solteira (38,0%) e as mulheres mais velhas têm uma representatividade mais elevada (18,6%) no estado civil divorciada\viúva (face a amostra total). As diferenças encontradas entre as variáveis em estudo revelam diferenças altamente significativas, ($\chi^2= 41,661$; $p=0,000$), (cf. Quadro 2).

➤ **Número de Filhos**

A maioria das mulheres que participaram no nosso estudo têm um filho (35,0%) ou dois filhos (35,9%), existindo 20,9% que ainda não tem filhos, e 8,2% tem três ou mais filhos. As mulheres com idades entre os 37 – 45 anos são as que têm maior número de filhos (2 filhos – 53,6% e 3 ou mais filhos – 14,6%), por sua vez 38,0% das mulheres mais novas (≤ 30 anos) não têm filhos. O teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças encontradas são estatísticas significativas ($\chi^2= 55,357$; $p=0,000$), (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Características Sociodemográficas e Profissionais em função do grupo etário

	≤ 30		[31 – 36]		[37 – 45]		[46 – 64]		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS										
Até 2º Ciclo	6	8,5	15	17,6	20	29,0	37	45,7	78	25,5
Secundário	30	42,3	33	38,8	23	33,3	25	30,9	111	36,3
Curso Superior	35	49,2	37	37,6	26	37,7	19	23,4	117	38,2
Teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 32,618$; $p = 0,000^{***}$)										
SITUAÇÃO PROFISSIONAL										
Activa	43	60,6	71	83,5	60	87,0	59	72,8	233	76,1
Não Activa	28	39,4	14	16,5	9	13,0	22	27,2	73	23,9
Teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 16,968$; $p = 0,001^{**}$)										
ESTADO CIVIL										
Solteira	27	38,0	8	9,4	4	5,8	8	9,9	47	15,4
Casada\União de facto	41	57,7	68	80,0	56	81,2	58	71,5	223	72,9
Divorciada\Viúva	3	4,3	9	10,6	9	13,0	15	18,6	36	11,7
Teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 41,661$; $p = 0,000^{***}$)										
NÚMERO DE FILHOS										
Sem filhos	27	38,0	20	23,5	5	7,2	12	14,8	64	20,9
1 filho	36	50,7	30	35,3	17	24,6	24	29,6	107	35,0
2 filhos	6	8,5	29	34,1	37	53,6	38	46,9	110	35,9
≥ 3 filhos	2	2,8	6	7,1	10	14,6	7	8,7	25	8,2
Teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 55,357$; $p = 0,000^{***}$)										

Perfil Sociodemográficas e Profissionais

Se quiséssemos traçar o perfil sociodemográfico e profissional médio da mulher estudada, teríamos uma mulher com cerca de 38 anos, com curso superior (38,2%), activa profissionalmente (76,1%), casada ou a viver em união de facto (72,9%) e com dois filhos (35,9%).

1.2 – INSTRUMENTO

Face à natureza do nosso estudo e como forma de obtenção de dados e mensuração das diferentes variáveis, o instrumento de colheita de dados seleccionado foi o questionário que permitiu recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação, e cuja aplicação foi concretizada após os procedimentos éticos e formais necessários.

Tratando-se de um estudo **retrospectivo** tem como vantagem a aplicação dos questionários auto-administrados, sendo este o método a que recorreremos para a colheita de informação. Duarte (2008), citando autores como Hill e Hill (2001), Lobiondo-Hood & Haber (2001), Sampieri (2003), refere que a utilização deste método tem vantagens sobre as entrevistas face a face, ou entrevistas pelo telefone. No questionário auto-administrado, não existem intermédios, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador.

Questionário

O questionário é composto por um conjunto de variáveis sociodemográficas, profissional, de conhecimentos acerca do Cancro do Colo do Útero (CCU) e de comportamentos de Adesão ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero, e pela Escala das Crenças de Saúde. (Anexo I)

A primeira parte procura caracterizar a amostra a nível sociodemográfico e profissional, determinar os conhecimentos que possui acerca do CCU, e a segunda parte estuda as crenças de saúde da amostra.

Caracterização Sociodemográfico e Profissional

Os dados biográficos visam a caracterização do indivíduo, nomeadamente em termos de idade, habilitações literárias, situação profissional, estado civil e numero de filhos, (cf. Anexo I).

Caracterização Sociodemográfico e Profissional

Os dados biográficos visam a caracterização do indivíduo, nomeadamente em termos de idade, habilitações literárias, situação profissional, estado civil e numero de filhos, (cf. Anexo I).

Conhecimentos acerca do Cancro do Colo do Útero (CCU)

A operacionalização das variáveis referentes aos conhecimentos acerca do CCU, devem-se a utilização de critérios, tendo por base a fundamentação teórica descrita anteriormente, onde se procura atribuir um menor valor as atitudes e conhecimentos mais correctos, e um valor numérico mais alto as atitudes e conhecimentos menos correctos. As

seguintes perguntas visam conhecer aspectos considerados relevantes sobre os Conhecimentos acerca do Cancro do Colo do Útero.

Igualmente nesta parte, considerou-se relevante mensurar as diversas variáveis de modo a possibilitar a sua avaliação, como se encontra exposto nos Quadros seguintes (cf. Quadro 3 ao 8).

Com vista a mensurar a **informação acerca do CCU** das mulheres estudadas foi atribuído um *score* numérico á soma das questões exposto no Quadro 3.

Quadro 3 – Cotação atribuída as questões relacionadas com o informação sobre o CCU¹

JÁ OUVIU FALAR EM CCU?	Cotação
Sim	1
Não	2
E FÁCIL OBTER INFORMAÇÃO ACERCA DO CCU?	
Sim	1
Não	2
DE QUE FORMA OBTVEVE INFORMAÇÃO ACERCA DO CCU	
Meios de Comunicação/Internet	Sim 1 Não 2
Centro de Saúde	Sim 1 Não 2
Ginecologista	Sim 1 Não 2
Amigas	Sim 2 Não 1
O CCU QUANDO DETECTADO TARDIAMENTE, PODE:	
É inofensivo	Sim 2 Não 1
Pode causar a morte	Sim 1 Não 2
Pode causar desconforto passageiro	Sim 2 Não 1
SEMPRE QUE SE APERCEBE DE UMA INFECÇÃO VAGINAL, O QUE FAZ?	
Procurar resposta na medicina natural	Sim 2 Não 1
Aguardar que a infecção se resolva espontaneamente	Sim 2 Não 1
Recorre a um profissional de saúde	Sim 1 Não 2
Recorre a farmácia	Sim 2 Não 1
QUE DÚVIDAS GOSTARIA DE VER ESCLARECIDAS ACERCA DO CCU	
Causas	Sim 1 Não 2
Sinais e Sintomas	Sim 1 Não 2
Formas de Prevenção	Sim 1 Não 2
Exames de diagnóstico	Sim 1 Não 2

Este *score* pode oscilar ente 17 e 34, em que quanto menor a pontuação obtida pelas mulheres, melhores serão as informações acerca do CCU.

Com vista a quantificar os **conhecimentos acerca do rastreio do CCU**, foi realizado um *score* que engloba 6 questões: “A partir de que altura devera iniciar o rastreio do

¹ Se não responde ou não sabe é atribuído valor numérico 2, ao longo das perguntas dictonicas

CCU?”, “Alguma vez realizou o rastreio do CCU?”; “Com que regularidade faz o rastreio do CCU?”; “O exame de rastreio do CCU é também conhecido como?”; “O exame de rastreio do CCU deverá ser realizado?” e “O vírus responsável pelo aparecimento do CCU pode ser diagnosticado através de?”. O score que pode variar entre mínimo de 18 e valor máximo de 38, sendo que quanto maior for o valor obtido menor são os conhecimentos acerca do rastreio do CCU, (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Cotação atribuída quanto aos conhecimentos acerca do rastreio do CCU

A PARTIR DE QUE ALTURA DEVERÁ INICIAR O RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO?		Cotação
Antes de iniciar a actividade sexual	Sim	2
	Não	1
Após o início da actividade sexual	Sim	1
	Não	2
Depois dos 18 anos	Sim	2
	Não	1
Na menopausa	Sim	2
	Não	1
ALGUMA VEZ REALIZOU O RASTREIO DO CCU		
Sim		1
Não		2
COM QUE REGULARIDADE FAZ O RASTREIO DO CCU		
Uma vez por ano	Sim	1
	Não	2
De dois em dois anos	Sim	2
	Não	1
De três em três anos	Sim	1
	Não	2
De cinco a dez anos	Sim	2
	Não	1
O EXAME DE RASTREIO DO CCU É TAMBÉM CONHECIDO COMO:		
Prova de Mantoux	Sim	2
	Não	1
Cistoscopia	Sim	2
	Não	1
Papanicolau	Sim	1
	Não	2
O EXAME DE RASTREIO DO CCU DEVERÁ SER REALIZADO		
Uma vez por ano		1
De três em três anos		2
De cinco a dez anos		3
Não necessita de ser repetido		4
O VÍRUS RESPONSÁVEL PELO APARECIMENTO DO CCU PODE SER DIAGNOSTICADO ATRAVÉS DE:		
Análise à urina	Sim	2
	Não	1
Análise ao sangue	Sim	2
	Não	1
Citologia	Sim	1
	Não	2
Radiografia	Sim	2
	Não	1
Ecografia Pélvica	Sim	2
	Não	1

Os conhecimentos acerca da vacina do CCU, são constituídos pelas questões: “Uma das formas de prevenir o aparecimento do CCU é através da vacinação?”, “Em que altura deve ser feita a vacinação?” com um score que pode variar entre 5 e 10, sendo que quanto menor for o valor obtido maior são os conhecimentos, (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Cotação atribuída quanto aos conhecimentos acerca da vacina do CCU

UMA DAS FORMAS DE PREVENIR O APARECIMENTO DO CCU É ATRAVÉS DA VACINAÇÃO?		Cotação
Sim		1
Não		2
EM QUE ALTURA DEVE SER FEITA A VACINAÇÃO		
Em qualquer idade	Sim	2
	Não	1
Antes de iniciar a actividade sexual	Sim	1
	Não	2
Depois de iniciar a actividade sexual	Sim	2
	Não	1
Depois da menopausa	Sim	2
	Não	1

Os conhecimentos acerca dos factores de risco do CCU, é constituído apenas pela questão: “Os factores de risco do aparecimento do CCU são?“, sendo que, o score variar entre 6 e 12, sendo que quanto menor for o valor obtido maior são os conhecimentos das mulheres na identificação dos factores de risco, (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Cotação atribuída aos factores de risco do CCU

OS FACTORES DE RISCO SÃO:		Cotação
Múltiplos parceiros sexuais	Sim	1
	Não	2
Idade	Sim	1
	Não	2
Falta de exercício físico	Sim	2
	Não	1
Ausência de actividade sexual	Sim	2
	Não	1
Hábitos tabágicos	Sim	1
	Não	2
História familiar de cancro do colo útero	Sim	2
	Não	1

De modo a mensurar os **conhecimentos acerca dos sintomas do CCU** foi atribuído um score numérico à soma das seguintes questões: “*O CCU pode ter sintomas?*”, “*Se sim, quais?*”.

Com base nas pontuações das questões anteriores obtivemos o valor global que, oscila entre 5 e 10, sendo que quanto maior for o *score* obtido menores serão os conhecimentos acerca dos sintomas do cancro do colo do útero, (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Cotação atribuída quanto aos conhecimentos acerca dos sintomas do CCU

O CANCRO DO COLO DO ÚTERO PODE TER SINTOMAS?		Cotação
Sim		1
Não		2
SE SIM, QUAIS?		
Perda de sangue anormal	Sim	1
	Não	2
Ardência	Sim	2
	Não	1
Infecção urinária	Sim	2
	Não	1
Ausência de menstruação	Sim	2
	Não	1

Os **conhecimentos acerca do vírus responsável pelo CCU**, são constituídos pelas questões: “*O CCU pode ser causado por um vírus?*”, “*Qual o principal vírus responsável pelo aparecimento do CCU?*” com um *score* que pode variar entre 5 e 10, sendo que quanto menor for o valor obtido maior são os conhecimentos, (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Cotação atribuída face aos conhecimentos acerca do vírus responsável pelo CCU

O CANCRO DO COLO DO ÚTERO PODE SER CAUSADO POR UM VÍRUS?		Cotação
Sim		1
Não		2
SE SIM, QUAL O PRINCIPAL VÍRUS RESPONSÁVEL PELO APARECIMENTO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO?		
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	Sim	2
	Não	1
Vírus do Papiloma Humano (VPH)	Sim	1
	Não	2
Hepatite	Sim	2
	Não	1
Herpes	Sim	2
	Não	1

Por fim, os **Conhecimentos Globais sobre o Cancro do Colo do Útero**, englobam a informação acerca do CCU, conhecimento acerca do rastreio, da vacina, dos factores de risco, dos sintomas e do vírus responsável pelo CCU. Apresenta um *score* total que varia entre um mínimo de 56 e um máximo de 114, ou seja, sendo que quanto menor for o valor obtido maior são os conhecimentos das mulheres acerca do CCU.

Posteriormente, de forma a aprofundar o estudo dos Conhecimentos Globais sobre o Cancro do Colo do Útero a mesma foi classificada em três grupos: Bons, Razoáveis e Fracos. Foi aplicada a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005) para a constituição dos grupos: (Média \pm 0.25 Dp).

Do resultado obtido adoptar-se-á a seguinte classificação:

Bons Conhecimentos CCU	\leq média - 0.25Dp
Razoáveis Conhecimentos CCU	$>$ média - 0.25Dp $>$ M $>$ média + 0.25Dp
Fracos Conhecimentos CCU	\geq média + 0.25Dp

Com vista a analisar a **Adesão ao Rastreio do CCU**, foi realizado um *estudo à seguinte questão*: “*Frequenta as consultas de planeamento familiar no centro de saúde\ginecologista?*”, (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Cotação atribuída quanto aos Comportamentos de Adesão ao Rastreio do CCU

FREQUENTA AS CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR NO CENTRO DE SAÚDE/GINECOLOGISTA?	Cotação
Sim	1
Não	2

Quando analisamos a Adesão ao Rastreio do CCU, observamos que a maioria das mulheres vai as consultas de planeamento familiar, fazendo o rastreio do CCU (78.4%), existindo 21.6% refere que não vai as consultas do planeamento familiar, (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Distribuição percentual da amostra face à adesão ao rastreio do CCU

	Total	
	n	%
Sim	240	78,4
Não	66	21,6

Escala de Crenças de Saúde (Patrão et al., 2000);

Para mensurar as crenças de saúde, utilizamos uma escala de crenças de saúde de Champion, 1993; Champion & Scott, 1997), adaptada e reformulada para a língua portuguesa por (Patrão et al., 2000). Esta escala é do tipo Likert, composta por 26 itens, em que todos os itens vão no sentido positivo, sendo a cotação atribuída respectivamente de: discordo totalmente (1), discordo (2), discordo indiferente (3), concordo (4), concordo totalmente (5). Perante cada item, por exemplo no caso do primeiro item que faz parte da sub-escala de vulnerabilidade – “É bastante provável que eu possa vir a ter cancro do colo do útero” – a mulher tem que expressar a sua opinião, que pode ir desde o extremo do discordo totalmente ao concordo totalmente.

Os itens distribuem-se e agrupam-se em quatro sub-escalas: Vulnerabilidade, Gravidade, Benefícios e Obstáculos, (cf. Quadro 11).

Considera-se que quanto mais alta for a pontuação nas sub-escalas de vulnerabilidade e gravidade, mais elevadas serão as crenças de gravidade e vulnerabilidade em relação ao cancro do colo do útero. Em relação às subescalas de benefícios e obstáculos, também quanto maior for o score obtido, mais elevadas serão as crenças de benefícios e de obstáculos em relação à citologia.

Quadro 11 – Distribuição dos itens pelas sub-escalas das Crenças de Saúde

CRENÇAS DE SAÚDE	ITENS
Vulnerabilidade	1, 2, 3, 4, 5, 6
Gravidade	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13
Benefícios	14, 15, 16, 17
Obstáculos	18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

O estudo da escala foi efectuada através da análise à consistência interna ou homogeneidade, que se refere ao grau de variabilidade entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o questionário, isto é, avalia a variância que resulta de diferenças nos inquiridos, (Pestana e Gageiro, 2005).

A consistência interna é considerada como *boa* se o *Alfa de Cronbach* se situa entre 0,70 e 0,85 e *muito boa* se *Alfa* superior a 0,90, (Pestana e Gageiro, 2005).

Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (*Split-half*). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, isto é, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade, (Pestana e Gageiro, 2005).

Prosseguindo com o estudo da consistência interna da escala, determinamos os índices de *Alfa de Cronbach*, que nos indicam para todos os itens uma consistência *boa* ($\alpha=0,796$), ao oscilarem entre 0.777 e 0.802 (cf. Quadro 13).

O *Alfa de Cronbach* das subescalas releva uma boa consistência interna na subescala Obstáculos (0.812), razoável consistência na vulnerabilidade (0.783) e na gravidade (0,715) e fraca na subescala Benefícios (0.484), (cf. Quadro 13).

Comparativamente aos valores de *Alfa de Cronbach* que Patrão et al. (2000) obteve, verificamos que os nossos valores são inferiores aos da escala obtida para Portugal, sendo mais notória a diferença na subescala Benefícios onde a consistência é fraca, (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Comparação dos valores de Alfa de Cronbach obtidos por Patrão et al. (2000) e a presente investigação

Sub Escalas	<i>Alfa de Cronbach</i> (Patrão et al., 2000)	<i>Alfa de Cronbach</i> (Presente trabalho)
Vulnerabilidade	0,860	0,783
Gravidade	0,807	0,715
Benefícios	0,724	0,484
Obstáculos	0,829	0,812
Crenças de Saúde (nota Global)	0,879	0,796

Quadro 13 - Consistência interna da Escala de Crenças de Saúde (Patrão et al., 2000)

ITENS	Média	Desvio Padrão	r ítem-total (s/ ítem)	α Cronbach s/ ítem
1) Acha que é provável poder vir a ter cancro do colo do útero?	3,578	1,099	0,315	0,789
2) Acha que a probabilidade de vir a ter cancro do colo do útero nos próximos anos é elevada?	3,045	1,085	0,315	0,790
3) Sente que ao longo da sua vida poderá vir a ter cancro do colo do útero?	3,225	1,045	0,318	0,789
4) Acha que tem maior probabilidade de ter cancro do colo do útero do que a maioria das mulheres?	2,349	1,079	0,338	0,788
5) O desenvolvimento do cancro do colo do útero é algo que lhe pode estar a ocorrer presentemente?	2,571	1,129	0,446	0,782
6) Está preocupada com o facto de poder vir a desenvolver cancro do colo do útero nos próximos tempos?	3,522	1,179	0,428	0,783
7) Pensar no cancro do colo do útero assusta-a?	3,859	1,120	0,456	0,782
8) Quando pensa acerca do cancro do colo do útero, o seu coração fica a bater mais depressa?	3,447	1,195	0,527	0,778
9) Tem medo de pensar acerca do cancro do colo do útero?	3,352	1,159	0,551	0,777
10) Acha que se sofresse de cancro do colo do útero os problemas que teria durariam muito tempo?	3,493	1,050	0,434	0,783
11) Acha que se tivesse cancro do colo do útero toda a sua vida mudaria?	3,663	1,119	0,313	0,789
12) O cancro do colo do útero poderia ameaçar a relação que mantém com o seu namorado, marido ou companheiro?	2,954	1,317	0,252	0,793
13) Se desenvolvesse cancro do colo do útero não iria viver mais de 5 anos?	2,875	1,258	0,275	0,791
14) A realização de citologia ajuda a detectar mais cedo a existência de lesões no útero?	4,343	0,952	-0,010	0,802
15) Se for encontrada alguma lesão do útero através de citologia, o tratamento do cancro não será assim tão mau	3,542	1,206	0,073	0,801
16) A realização de citologia é a melhor maneira de detectar pequenas lesões no útero.	4,219	0,891	0,016	0,801
17) A realização de uma citologia diminuirá as suas hipóteses de morrer de cancro do colo do útero.	3,937	1,061	0,111	0,798
18) Quando faz uma citologia tem receio de descobrir que alguma coisa não está bem?	3,287	1,296	0,392	0,785
19) Tem receio de fazer uma citologia porque não compreende como será feita?	1,996	1,051	0,367	0,787
20) A realização de uma citologia seria embaraçosa?	1,915	0,968	0,402	0,785
21) A realização de uma citologia demoraria muito tempo?	1,846	0,901	0,393	0,786
22) A realização de uma citologia seria dolorosa?	2,166	1,075	0,354	0,787
23) A realização de uma citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego.	2,183	1,178	0,262	0,792
24) Tem outros problemas mais importantes do que pensar em fazer uma citologia.	1,856	1,007	0,249	0,792
25) A realização de uma citologia seria dispendioso.	1,803	0,978	0,426	0,784
26) Não consigo lembrar-me de marcar o exame (citologia).	1,810	1,048	0,356	0,785
Coefficiente Split-half	Primeira metade = 0,798			
	Segunda metade = 0,689			
Coefficiente Alfa Cronbach global	0,796			
Coefficiente Alfa Cronbach Vulnerabilidade	0,7831			
Coefficiente Alfa Cronbach Gravidade	0,7148			
Coefficiente Alfa Cronbach Benefícios	0,4842			
Coefficiente Alfa Cronbach Obstáculos	0,8116			

1.3 – PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Num processo de investigação devem ter-se em conta determinados aspectos éticos. Na abordagem experimental, o consentimento, os danos possíveis, a legitimidade da aplicação ao grupo de controlo e a privacidade. (Tuckman, 2000)

Em relação ao investigador, este deve manter-se isento e imparcial, agir em função dos dados colhidos e não dos que gostaria de colher, possuir preparação adequada para realizar o estudo. (Tuckman, 2000)

Assim, para dar início a este estudo, foi necessária, primeiramente, a aprovação do projecto de pesquisa pela Equipa Pedagógica, posteriormente foi estabelecido contacto com o Director Executivo do ACES Dão Lafões I, onde se explicaram os objectivos da investigação, garantiu-se confidencialidade, o consentimento informado e se formalizou o pedido de autorização para aplicação dos questionários, através de um ofício emitido pela Escola Superior de Saúde de Viseu (Anexo I).

Após obtenção de uma resposta positiva para a aplicação do instrumento de colheita de dados, deu-se conhecimento aos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Interlocutores dos vários serviços sobre a realização da investigação, de forma a obter a melhor compreensão e colaboração na investigação.

A população que se irá estudar é designada como população alvo. Esta mesma população é um grupo de pessoas com características comuns. Como raramente se consegue estudar toda uma população é feita a eleição de uma amostra que se baseia num grupo limitado a um lugar. (Fortin, 2006)

1.4– ANÁLISE DE DADOS

Na presente investigação, será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

A estatística descritiva, permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, para isso, determinaram-se as seguintes medidas estatísticas:

- **Frequências:** (Absolutas (N) e Percentuais (%));
- **Medidas de tendência central:** (Médias (\bar{x}));
- **Medidas de dispersão ou variabilidade:** (Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV))

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados serem interpretados de acordo com Pestana & Gageiro, (2005) do seguinte modo:

- Dispersão **Baixa** $\leq 15\%$
- Dispersão **Moderada** $> 15\% \leq 30\%$
- Dispersão **Elevada** $> 30\%$

Para avaliar a associação entre as variáveis, aplicámos a Correlação de Pearson, a qual, de acordo com Pestana & Gageiro (2005) nos indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, como em frequência), pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso cujos valores se apresentam entre -1 e 1, com a seguinte correspondência:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa;
- $0.2 \leq r < 0.39$ – associação baixa;
- $0.4 < r < 0.69$ – associação moderada;
- $0.7 < r < 0.89$ – associação alta;
- $0.9 < r \leq 1$ – associação muito alta.

No que respeita à **estatística inferencial**, fizemos uso da estatística paramétrica, e, para estudo de proporções, da estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira, é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda, que as variâncias populacionais sejam homogêneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais, (Maroco, 2007).

Para as medidas de assimetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), Pestana & Gageiro (2005), apresentam para um $p=0.05$ os seguintes valores de referência:

- Simétrica – quando $Skewness/std_{erro}$ pertence ao intervalo de [- 1,96 a 1,96] e a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo.
- Assimétrica – quando $Skewness/std_{erro} > 1,96$ e $< -1,96$ e a mediana não pertence ao intervalo de confiança a 95% nem está perto de um dos limites desse intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa)

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- Mesocúrtica quando Kurtosis/std_{erro} pertence ao intervalo de [- 1,96 a 1,96];
- Platicúrtica quando Kurtosis/std_{erro} < - 1,96;
- Leptocúrtica quando Kurtosis/std_{erro} > 1,96;

Assim, quanto à utilização da estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

Testes Paramétricos

- ❖ Teste t de Student para amostras independentes – para comparação de médias entre dois grupos diferentes;
- ❖ Análise de variância (ANOVA) – para comparação de médias entre três ou mais variáveis;
- ❖ Análise discriminante de função – técnica multivariada utilizada quando a variável dependente ou endógena é qualitativa e as variáveis independentes ou exógenas são quantitativas e tem por objectivo, escolher as variáveis que distinguem os grupos.

Testes Não Paramétricos

- ❖ Teste de Kruskal-Wallis – para comparação de médias entre três ou mais variáveis;
- ❖ Teste de U Mann Witheney – para comparação de médias entre dois grupos independentes.
- ❖ Teste de Qui Quadrado (χ^2) – para comparar a proporção entre frequências observadas e esperadas.

No estudo das inferências estatísticas, utilizámos os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0.05$ – não significativo (n.s.);
- $p < 0.05^*$ – significativo;
- $p < 0.01^{**}$ – bastante significativo;
- $p < 0.001^{***}$ – altamente significativo.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizámos o programa Statiscal Package Social Science 19 para o Windows, o Excel e Word Microsoft.

A apresentação dos resultados é feita através de Quadros, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo.

Expostas as considerações metodológicas, procede-se à apresentação e análise dos resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

2 – RESULTADOS

Neste capítulo consideramos a existência de três grandes rubricas. Na primeira iremos procurar descrever o nível de conhecimentos do nosso grupo amostral acerca do CCU, na segunda será efectuada de forma descritiva o posicionamento das mulheres desta amostra, em cada um dos 26 itens da Escala Crenças de Saúde, e nas respectivas subescalas (Vulnerabilidade, Gravidade, Benefícios e Obstáculos), e reservamos para a terceira a análise da adesão ao RCCU e as relações que poderão existir entre as diferentes variáveis em questão.

2.1 – CONHECIMENTOS SOBRE O CCU

Em todo o mundo a cada dois minutos morre uma mulher com CCU, o risco de desenvolver CCU começa quando ocorre a primeira relação sexual. Actualmente considera-se o HPV como principal agente responsável pelo desenvolvimento da doença oncológica, sendo este transmitido por via sexual, (Roldão, 2007).

O conhecimento e a atitude das mulheres em relação à realização da citologia são determinantes para a redução da incidência do cancro do colo do útero. Quando detectado numa fase precoce da doença terá um melhor prognóstico. (Pereira, 2008)

A grande maioria das mulheres já ouviu falar sobre o CCU (98.7%), sendo que para 78.8% é informação acerca do CCU esta acessível. A forma de obtenção de informação que as mulheres preferem é recolhida no centro de saúde (52.3%), 48.4% informa-se através dos meios de comunicação e na internet, 43,1% no ginecologista e 13.7% obtêm informação junto das amigas, (cf. Quadro 14).

Quando foram questionadas acerca das complicações do CCU se detectado tardiamente,(81.7%) das mulheres refere que pode levar à morte, contudo existem ainda 14.4% que entende que pode causar desconforto passageiro e 7.2% acham que é inofensivo, (cf. Quadro 14).

A maioria da amostra recorre a um profissional de saúde (80.4%) quando se apercebe de uma infecção vaginal, 12.7% aguarda que a infecção se resolva e 8.8% recorre a farmácia, (cf. Quadro 14).

Face às dúvidas que as mulheres têm acerca do CCU, a maioria gostaria de ser esclarecida acerca dos sinais e sintomas (54.2%), segue-se o esclarecimento acerca das formas

de prevenção 43.1%, as causa que levam aparecimento do CCU 41.8% e 18.6% acerca dos exames de diagnóstico do CCU, (cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Informação sobre o CCU

	Total	
	n	%
JÁ OUVIU FALAR EM CCU?		
Sim	302	98,7
Não	4	1,3
É FÁCIL OBTER INFORMAÇÃO ACERCA DO CCU?		
Sim	241	78,8
Não	65	21,2
DE QUE FORMA OBTIVE INFORMAÇÃO ACERCA DO CCU		
Meios de Comunicação\Internet	148	48,4
Centro de Saúde	160	52,3
Ginecologista	132	43,1
Amigas	42	13,7
O CCU QUANDO DETECTADO TARDIAMENTE, PODE:		
É inofensivo	22	7,2
Pode provocar a morte	250	81,7
Pode causar desconforto passageiro	44	14,4
SEMPRE QUE SE APERCEBE DE UMA INFECÇÃO VAGINAL, O QUE FAZ?		
Procurar resposta na medicina natural	16	5,2
Aguardar que a infecção se resolva espontaneamente	39	12,7
Recorre a um profissional de saúde	246	80,4
Recorre a farmácia	27	8,8
QUE DÚVIDAS GOSTARIA DE VER ESCLARECIDAS ACERCA DO CCU		
Causas	128	41,8
Sinais e Sintomas	166	54,2
Formas de Prevenção	132	43,1
Exames de diagnóstico	57	18,6

Relativamente aos **conhecimentos acerca do rastreio do CCU**, (80.7%) das mulheres já realizou o rastreio, contudo 19.3% ainda não o fez. Observamos ainda que a maioria sabe que o diagnóstico do CCU se faz utilizando a citologia (83.3%), existindo ainda algumas mulheres que pensam que pode ser feito o diagnóstico através da ecografia pélvica 12.7%, análises ao sangue 11.1% e análises à urina 9.8%. A maioria sabe que o exame de rastreio do cancro colo do útero pode ser também chamado de exame Papaniculaui (76.5%), embora 14.7% erradamente, entendem que se chama prova de mantoux e 11.4% citoscopia (cf. Quadro 15).

Quanto à altura em que se deve iniciar o rastreio, (42.5%) referem que é após iniciar a actividade sexual, 28.4% entende que deve ser feito antes do início da actividade sexual e 25.2% depois dos 18 anos. Das mulheres estudadas, (48.7%) refere que realiza o rastreio todos os anos, 15.4% efectua-o de 2 em 2 anos e 14.4% de 3 em 3 anos. Quando questionadas sobre a frequência correcta com que o exame de RCCU deve ser efectuado, a maioria refere que deve ser anualmente (76.8%), (cf. Quadro 15)

Quadro 15 – Conhecimentos acerca do rastreio

	Total	
	n	%
ALGUMA VEZ REALIZOU O RASTREIO DO CCU		
Sim	247	80,7
Não	59	19,3
O VIRUS RESPONSÁVEL PELO APARECIMENTO DO CCU PODE SER DIAGNOSTICADO ATRAVÉS DE:		
Análise à urina	30	9,8
Análise ao sangue	34	11,1
Citologia	255	83,3
Radiografia	2	0,7
Ecografia Pélvica	39	12,7
A PARTIR DE QUE ALTURA DEVERÁ INICIAR O RASTREIO DO CCU?		
Antes de iniciar a actividade sexual	87	28,4
Após o início da actividade sexual	130	42,5
Depois dos 18 anos	77	25,2
Na menopausa	18	5,9
COM QUE REGULARIDADE FAZ O RASTREIO DO CCU		
Uma vez por ano	149	48,7
De dois em dois anos	47	15,4
De três em três anos	44	14,4
De cinco a dez anos	7	2,3
O EXAME DE RASTREIO DO CCU É TAMBÉM CONHECIDO COMO:		
Prova de Mantoux	45	14,7
Cistoscopia	35	11,4
Papanicolau	234	76,5
O EXAME DE RASTREIO DO CCU DEVERÁ SER REALIZADO		
Uma vez por ano	235	76,8
De três em três anos	50	16,3
De cinco a dez anos	19	6,2
Não necessita de ser repetido	2	0,7

Verificamos que nos **conhecimentos acerca da vacina para CCU**, 92.8% indica que existe uma vacina para o combate ao vírus do CCU, sendo que 63.7% entende que a toma deva ser feita antes de iniciar a actividade sexual, para 21.9% pode ser administrada em

qualquer idade, para 6.9% e 2.6% pode ser feita depois de iniciar a vida sexual ou depois da menopausa, respectivamente, (cf. Quadro 16).

Relativamente aos **factores de risco**, para a nossa amostra, aqueles que mais contribuem para o aparecimento do CCU, são a existência de história familiar de CCU (72.2%), múltiplos parceiros sexuais 56.2%, a idade com 44.8% e 22.2% considera também os hábitos tabágicos, (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Conhecimentos acerca da vacina e dos factores de risco do CCU

CONHECIMENTOS ACERCA DA VACINA	Total	
	n	%
UMA DAS FORMAS DE PREVENIR O APARECIMENTO DO CCU É ATRAVÉS DA VACINAÇÃO?		
Sim	284	92,8
Não	22	7,2
EM QUE ALTURA DEVE SER FEITA A VACINAÇÃO		
Em qualquer idade	67	21,9
Antes de iniciar a actividade sexual	195	63,7
Depois de iniciar a actividade sexual	21	6,9
Depois da menopausa	8	2,6
CONHECIMENTOS SOBRE FACTORES DE RISCO	Total	
	n	%
MÚLTIPLOS PARCEIROS SEXUAIS		
Sim	172	56,2
Não	134	43,8
IDADE		
Sim	137	44,8
Não	169	55,2
FALTA DE EXERCÍCIO FÍSICO		
Sim	17	5,6
Não	289	94,4
AUSÊNCIA DE ACTIVIDADE SEXUAL		
Sim	8	2,6
Não	298	97,4
HÁBITOS TABÁGICOS		
Sim	68	22,2
Não	238	77,8
HISTÓRIA FAMILIAR DE CANCRO DO COLO ÚTERO		
Sim	221	72,2
Não	85	27,8

Quanto aos **conhecimentos acerca dos sintomas do CCU**, (69%) entende que o CCU tem sintomas e para 31% das mulheres é assintomático. Quando questionadas acerca dos sintomas, (56.2%) referem que a perda de sangue anormal é um deles, 15% referiu a infecção

urinária, 13.1% a ardência e para 12.7% consideram a ausência de menstruação como um sintoma, (cf. Quadro 17).

No que se refere aos **conhecimentos acerca do vírus responsável pelo CCU**, 82% da amostra entende que o CCU é originado por um vírus, sendo que, 65% identifica-o como sendo o Vírus do Papiloma Humano (VPH), 7.5% entende que o vírus responsável pelo CCU é causado pela SIDA, e o Herpes e para 6.2% é devido a Hepatite, (cf. Quadro 17).

Quadro 17 – Conhecimentos acerca dos sintomas e do vírus responsável pelo CCU

CONHECIMENTOS ACERCA DOS SINTOMAS	Total	
	n	%
O CANCRO DO COLO DO ÚTERO PODE TER SINTOMAS?		
Sim	211	69,0
Não	95	31,0
SE SIM, QUAIS?		
Perda de sangue anormal	172	56,2
Ardência	40	13,1
Infecção urinária	46	15,0
Ausência de menstruação	39	12,7
CONHECIMENTOS ACERCA DO VIRUS DO CCU		
O CCU PODE SER CAUSADO POR UM VÍRUS?		
Sim	251	82,0
Não	55	18,0
SE SIM, QUAL O PRINCIPAL VÍRUS RESPONSÁVEL PELO APARECIMENTO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO?		
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	23	7,5
Vírus do Papiloma Humano (VPH)	199	65,0
Hepatite	19	6,2
Herpes	23	7,5

Como síntese diríamos que se quiséssemos traçar o perfil médio acerca dos conhecimentos que as mulheres têm acerca do CCU, encontraríamos uma mulher que já ouviu falar do CCU (98.7%), que já fez rastreio (80.7%), que faz o rastreio anualmente (48.7%), que vê na vacinação uma forma de prevenir o aparecimento do vírus do CCU (92.8%) e 65% que reconhece o Vírus do Papiloma Humano (HPV) como o responsável pelo CCU. Pelo que concluímos, que globalmente 44.1% das mulheres tem bons conhecimentos.

Após a análise descritiva dos conhecimentos, iremos estudar os **Conhecimentos Globais sobre o Cancro do Colo do Útero**, que engloba seis áreas do conhecimento:

- Informação acerca do CCU,

- Conhecimentos acerca do rastreio,
- Conhecimentos acerca da vacina,
- Conhecimentos acerca dos factores de risco,
- Conhecimentos acerca dos sintomas,
- Conhecimentos acerca do vírus responsável pelo CCU.

Quando analisamos os Conhecimentos Globais sobre o Cancro do Colo do Útero, as estatísticas oscilaram entre um mínimo de 71 e um máximo de 96, com uma média de 82,47 (Dp=4,085). A dispersão em torno da média é baixa (CV=4,95) e a curva de distribuição é simétrica e mesocúrtica, (cf. Quadro 18)

Quadro 18 – Estatísticas relativas aos Conhecimentos Globais sobre o Cancro do Colo do Útero

	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Informação acerca do CCU	18	28	22,21	2,106	3,777	-0,583	9,48
Conhecimentos acerca do rastreio	27	35	30,47	1,125	3,582	5,133	3,69
Conhecimentos acerca da vacina	5	8	5,74	0,977	4,065	-5,845	17,02
Conhecimentos acerca dos factores de risco	6	12	9,96	1,066	-3,359	1,802	10,70
Conhecimentos acerca dos sintomas,	5	10	8,34	1,255	-0,317	-2,191	15,05
Conhecimentos acerca do vírus responsável pelo CCU.	5	8	5,74	0,986	4,604	-5,187	17,18
CONHECIMENTOS GLOBAIS SOBRE O CANCRO DO COLO DO ÚTERO	71	96	82,47	4,085	0,532	0,885	4,95

Posteriormente, de forma a aprofundar o estudo dos Conhecimentos Globais sobre o Cancro do Colo do Útero a mesma foi classificada em três grupos: Bons, Razoáveis e Fracos (anteriormente descrito no capítulo 1.3). Observamos que 44.1% das mulheres da nossa amostra têm bons conhecimentos globais acerca do CCU, contudo 38.9% tem fracos conhecimentos e os restante 17,0% os conhecimentos são razoáveis, (cf. Quadro 19).

Quanto ao **grupo etário**, observamos que o grupo dos [46 – 64] tem melhores conhecimentos globais face ao CCU (45.7%), e o grupo com idades inferiores ou iguais a 30 anos têm conhecimentos fracos (45.0%), revelando o teste de Qui-Quadrado revelou

diferenças estatísticas não significativas ($\chi^2= 8,550$; $p=0,201$) entre o grupo etário e o Conhecimentos Globais sobre o CCU (por Grupos), (cf. Quadro 19).

Inferimos que a maioria das mulheres com curso superior tem melhores conhecimentos (59.0%), por sua vez as mulheres com **habilitações literárias** até ao 2º Ciclo, apresentam fracos conhecimentos (56.4%). O teste Qui-Quadrado mostrou existirem diferenças estatísticas altamente significativas entre as habilitações literárias relativamente à variável Conhecimentos Globais sobre o CCU (por Grupos), ($\chi^2= 28,806$; $p=0,000$) (cf. Quadro 19).

Relativamente à **situação profissional**, as mulheres activas são as que possuem melhores conhecimentos face ao CCU (45.5%), e por sua vez as que não trabalham têm valores percentuais mais altos no grupo dos fracos conhecimentos (49.3%). O teste de Qui-Quadrado revela não existirem diferenças entre as variáveis em estudo, ($\chi^2= 5,153$; $p=0,076$) (cf. Quadro 19).

Face ao **estado civil**, as mulheres Divorciada\Viúva são as que têm melhores conhecimentos globais acerca do CCU (55.6%), sendo que as solteiras têm menores conhecimentos (48.9%). Constatámos, ainda não existirem diferenças significativas (Teste Qui-Quadrado: $\chi^2= 6,800$; $p=0,147$), ou seja as variáveis são independentes, (cf. Quadro 19).

No **número de filhos**, inferimos que mulheres com um filho têm melhores conhecimentos (52,3%), as que têm dois filhos apresentam maioritariamente razoáveis conhecimentos (18,2%) e as que ainda não têm filhos apresentam um valor percentual mais alto nos fracos conhecimentos face à amostra global (48.5%). As diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($\chi^2=7,435$; $p=0,282$), (cf. Quadro 19).

Quadro 19 – Distribuição dos Conhecimentos Globais sobre o CCU (por Grupos) face às variáveis sociodemográficas e profissionais

	Bons		Razoáveis		Fracos	
	n	%	n	%	n	%
Total	135	44,1	52	17,0	119	38,9
GRUPO ETÁRIO						
≤ 30	31	43,7	8	11,3	32	45,0
[31 – 36]	38	44,7	12	14,1	35	41,2
[37 – 45]	29	42,0	19	27,5	21	30,5
[46 – 64]	37	45,7	13	16,0	31	38,3
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2= 8,550$; p=0,201						
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS						
Até 2º Ciclo	21	26,9	13	16,7	44	56,4
Secundário	45	40,5	16	14,4	50	45,1
Curso Superior	69	59,0	23	19,7	25	21,3
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2= 28,806$; p=0,000***						
SITUAÇÃO PROFISSIONAL						
Activa	106	45,5	44	18,9	83	35,6
Não Activa	29	39,7	8	11,0	36	49,3
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2= 5,153$; p=0,076						
ESTADO CIVIL						
Solteira	17	36,2	7	14,9	23	48,9
Casada\União de facto	98	43,9	43	19,3	82	36,8
Divorciada\Viúva	20	55,6	2	5,6	14	38,8
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2= 6,800$; p=0,147						
NÚMERO DE FILHOS						
Sem filhos	23	35,9	10	15,6	31	48,5
1 filho	56	52,3	19	17,8	32	29,9
2 filhos	45	40,9	20	18,2	45	40,9
≥ 3 filhos	11	44,0	3	12,0	11	44,0
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=7,435$; p=0,282						

Como síntese aos resultados obtidos diríamos que as mulheres com melhores conhecimentos globais acerca do CCU, são as que têm idades entre os [46 – 64], divorciadas\viúvas (55.6%), as que têm curso superior (59.0%), que têm situação profissional activa (45.5%), e que têm apenas um filho (52.3%).

2.2 – CRENÇAS DE SAÚDE

Apresentamos de forma descritiva nos Quadros 20 ao 23, como as participantes no nosso estudo se posicionaram em cada um dos 26 itens da Escala Crenças de Saúde, e nas respectivas subescalas (Vulnerabilidade, Gravidade, Benefícios e Obstáculos).

Em relação a dimensão vulnerabilidade verificamos que as mulheres na sua maioria concordam com todas as questões e como tal apresentam uma crença de vulnerabilidade alta

em relação ao cancro do colo do útero, contudo nas questões 4 e 5 a maioria discorda com as afirmações,(22,5% e 18,6% respectivamente) “Tenho maiores probabilidades de ter Cancro do Colo do Útero do que a maioria das mulheres” “O desenvolvimento do Cancro do Colo do Útero é algo que lhe pode estar a ocorrer presentemente”, (cf. Quadro 18).

Quadro 20 – Distribuição percentual pelas Questões da Crença de Vulnerabilidade

CRENÇA DE VULNERABILIDADE QUESTÕES	1	2	3	4	5
Acha que é provável poder vir a ter cancro do colo do útero?	6,2	13,1	13,7	50,7	16,3
Acha que a probabilidade de vir a ter cancro do colo do útero nos próximos anos é elevada?	7,2	27,5	26,5	31,4	7,5
Sente que ao longo da sua vida poderá vir a ter cancro do colo do útero?	5,2	23,5	21,2	43,5	6,5
Acha que tem maior probabilidade de ter cancro do colo do útero do que a maioria das mulheres?	22,5	40,8	19,0	14,4	3,3
O desenvolvimento do cancro do colo do útero é algo que lhe pode estar a ocorrer presentemente?	18,6	34,6	21,2	21,9	3,7
Está preocupada com o facto de poder vir a desenvolver cancro do colo do útero nos próximos tempos?	7,5	14,7	15,4	42,8	19,6

As mulheres, na sua maioria concordam, com todas as questões e como tal apresentam uma crença de gravidade alta em relação ao cancro do colo do útero, contudo na questão 13 a maioria discorda com da afirmação (38.9%), “Se desenvolvesse cancro do colo do útero não iria viver mais de 5 anos?”, não relacionando o CCU com uma morte precoce, (cf. Quadro 21).

Quadro 21 – Distribuição percentual pelas Questões da Crença de Gravidade

CRENÇA DE GRAVIDADE QUESTÕES	1	2	3	4	5
Pensar no cancro do colo do útero assusta-a?	5,2	8,2	14,7	39,2	32,7
Quando pensa acerca do cancro do colo do útero, o seu coração fica a bater mais depressa?	8,2	14,4	21,9	35,6	19,9
Tem medo de pensar acerca do cancro do colo do útero?	7,8	15,7	26,1	34,0	16,4
Acha que se sofresse de cancro do colo do útero os problemas que teria durariam muito tempo?	4,6	14,6	21,6	45,1	14,1
Acha que se tivesse cancro do colo do útero toda a sua vida mudaria?	4,6	13,1	18,3	39,5	24,5
O cancro do colo do útero poderia ameaçar a relação que mantém com o seu namorado, marido ou companheiro?	16,3	26,1	17,0	26,9	13,7
Se desenvolvesse cancro do colo do útero não iria viver mais de 5 anos?	10,1	38,9	20,9	13,4	16,7

No referente as crenças de benefício, as mulheres concordam totalmente com as questões 14 e 16, com valores percentuais de 55.6% e 44.5% respectivamente, e concordam com as questões 15 e 17, mostrando uma crença de benefícios muito elevada em relação à citologia, com valores percentuais de 40.8% na questão 15 e 44.1% na questão 17, (cf. Quadro 22).

Quadro 22 – Distribuição percentual pelas Questões da Crença de Benefícios

CRENÇA DE BENEFÍCIOS QUESTÕES	1	2	3	4	5
A realização de citologia ajuda a detectar mais cedo a existência de lesões no útero?	2,6	4,9	3,6	33,3	55,6
Se for encontrada alguma lesão do útero através de citologia, o tratamento do cancro não será assim tão mau	7,8	14,7	14,7	40,8	22,0
A realização de citologia é a melhor maneira de detectar pequenas lesões no útero.	0,3	7,5	6,5	41,2	44,5
A realização de uma citologia diminuirá as suas hipóteses de morrer de cancro do colo do útero.	3,9	8,5	10,5	44,1	33,0

Ao analisar as questões da crença de Obstáculos, é perceptível pelas percentagens que na maioria das participantes discordam (questões 19, 20, 21, 22 e 23) ou discordam totalmente nas questões 24, 25 e 26, com valores percentuais de 44.8%, 45.8% e 50.0%, respectivamente, sendo que 41.8% das mulheres concorda com a questão “*Quando faz uma citologia tem receio de descobrir que alguma coisa não está bem?*”. Desta forma, existe uma tendência para a baixa da crença de obstáculos, face à citologia, (cf. Quadro 23).

Quadro 23 – Distribuição percentual pelas Questões da Crença de Obstáculos

CRENÇA DE OBSTÁCULOS QUESTÕES	1	2	3	4	5
Quando faz uma citologia tem receio de descobrir que alguma coisa não está bem?	13,4	17,6	11,4	41,8	15,8
Tem receio de fazer uma citologia porque não compreende como será feita?	37,9	39,5	9,8	10,5	2,3
A realização de uma citologia seria embaraçosa?	39,2	40,8	10,5	8,2	1,3
A realização de uma citologia demoraria muito tempo?	40,5	42,1	10,5	5,9	1,0
A realização de uma citologia seria dolorosa?	29,4	41,8	15,4	9,5	3,9
A realização de uma citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego.	34,2	35,0	14,4	10,8	5,6
Tem outros problemas mais importantes do que pensar em fazer uma citologia.	44,8	36,3	10,1	6,2	2,6
A realização de uma citologia seria dispendioso.	45,8	39,2	6,5	5,9	2,6
Não consigo lembrar-me de marcar o exame (citologia).	50,0	31,4	9,8	5,2	3,6

Prosseguimos a análise das Crenças de Saúde das mulheres e constatamos que na Vulnerabilidade, os valores variam entre mínimo de 6 e um máximo de 30, com um valor médio de 18.29 (Dp=4.587). Na subescala Gravidade o valor médio foi de 23.65 (Dp=5.006). Face as subescalas Benefícios e Obstáculos, os valores médios são de 16.04 (Dp=2.594) e 18.87 (Dp=6.037), respectivamente. Observamos que nas quatro subescalas a dispersão em torno da média é moderada, excepto na subescala Obstáculos onde é elevada.

Quanto ao estudo das Crenças de Saúde, valor global, os valores oscilaram entre um mínimo de 46 e um máximo de 130, com uma média de 76,85 (Dp=11,568). A dispersão em torno da média é baixa (CV=15,05) e com uma curva assimétrica e platicúrtica. (cf. Quadro 24).

Quadro 24 – Estatísticas relativas as Crenças de Saúde

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Vulnerabilidade	306	6	30	18,29	4,587	-2,172	0,636	25,08
Gravidade	306	9	35	23,65	5,006	-0,453	-0,086	21,17
Benefícios	306	5	20	16,04	2,594	-5,122	2,777	16,17
Obstáculos	306	9	40	18,87	6,037	4,920	2,687	31,99
Total	306	46	130	76,85	11,568	2,353	4,011	15,05

Utilizamos o Teste de Kruskal-Wallis e o Teste U de Mann Whitney para estudar a **relação as Crenças de Saúde (subescalas e nota global) e as variáveis sociodemográficas e profissionais.**

Em relação à idade das participantes, constatamos que apenas obtivemos diferenças significativas na subescala Gravidade ($\chi^2=8,809;p=0,032$), onde as mulheres com idades compreendidas entre os 46 e os 64 anos apresentam crenças de gravidade face ao cancro do colo do útero mais elevada (176.18). Nas restantes subescalas e na nota global as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas. (cf. Quadro 25).

A relação com as Habilitações Literárias, revelou-nos que as ordenações médias as mulheres com curso superior apresentam valor mais baixo na crença vulnerabilidade (Peso médio=131.71), na crença gravidade (Peso médio=131.21), nos obstáculos (Peso médio=134.98) e mais elevado nos benefícios (Peso médio=170.74), ou seja, as mulheres com curso superior possuem baixa crença de vulnerabilidade e gravidade com o cancro do colo útero, baixa crença de obstáculos com a citologia e uma crença elevada face aos benefícios da

citologia, sendo as diferenças encontradas nas quatro subescalas estatisticamente significativas (Vulnerabilidade: $\chi^2=11,561$; $p=0,003$; Gravidade: $\chi^2=13,737$; $p=0,001$; Benefícios: $\chi^2=7,651$; $p=0,022$ e Obstáculos: $\chi^2=10,798$; $p=0,005$). Quanto ao valor global das crenças de saúde, observamos que, as mulheres com curso superior tem peso médio mais baixo e as que têm habilitações até ao 2º ciclo possuem valores médios mais elevados de crença de saúde (128.89 Vs 176.56), sendo as diferenças estatisticamente significativas, ou seja, o nível de habilitações literárias influenciam nas crenças de saúde que as mulheres têm face ao CCU e face a citologia, (cf. Quadro 25).

Na variável estado civil, inferimos que as mulheres solteiras possuem uma ordenação média, menor nas subescalas vulnerabilidade (118.38) e gravidade (119.13) face ao cancro colo útero e menor crença de benefícios em relação à citologia (124.61), por sua vez as mulheres casadas e ou em união de facto têm uma crença de vulnerabilidade (162.02) elevada face ao CCU e uma crença de benefícios elevada face à citologia (161.38), sendo as divorciadas\ou viúvas que pontuam com valores mais altos face as crenças de gravidade (163.10). O teste Kruskal-Wallis revelou existirem diferenças significativas com as subescalas vulnerabilidade ($\chi^2=9,746$; $p=0,008$), com a gravidade ($\chi^2=8,480$; $p=0,014$) e com o benefício ($\chi^2=7,373$; $p=0,025$), (cf. Quadro 25).

Quanto ao número de filhos, inferimos que as mulheres sem filhos apresentam crença de vulnerabilidade mais baixa face ao CCU (123.59) e menor crença face aos benefícios da citologia (128.45), em sentido inverso, as mulheres com dois filhos são as que têm crenças de vulnerabilidade face ao CCU mais elevadas (169.79) e as que têm 3 ou mais filhos possuem crenças de benefícios face à citologia mais alta (173.52). O teste estatístico revela diferenças significativas com as subescalas Vulnerabilidade ($\chi^2=11,310$; $p=0,010$) e com os Benefícios ($\chi^2=8,319$; $p=0,040$), nas restantes subescalas e na nota global das crenças de saúde as diferenças são não significativas), (cf. Quadro 25).

Apuramos ainda que as mulheres activas profissionalmente apresentam uma crença de benefício em relação à citologia mais elevada do que as mulheres não activas (159.05 Vs 135.80), sendo as diferenças estatisticamente significativas ($U=7212,5$; $Z=-1,976$; $p=0,048$). Nas restantes subescalas e na nota global das crenças de saúde, concluímos que as variáveis em estudo são independentes ($p>0.05$), (cf. Quadro 25).

Quadro 25 – Estudo da relação entre as Crenças de Saúde (subescalas e nota global) e as variáveis sociodemográficas e profissionais

	Vulnerabilidade	Gravidade	Benefícios	Obstáculos	Crenças Saúde (Nota Global)
	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios
GRUPO ETÁRIO					
≤ 30	140,04	145,54	138,33	147,68	140,98
[31 – 36]	156,48	137,29	162,81	145,91	146,76
[37 – 45]	148,52	155,03	165,97	160,43	154,22
[46 – 64]	166,41	176,18	146,41	160,65	170,93
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=3,705$; p=0,295	$\chi^2=8,809$; p=0,032*	$\chi^2=5,005$; p=0,171	$\chi^2=1,894$; p=0,595	$\chi^2=5,069$; p=0,167
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS					
Até 2º Ciclo	166,12	177,16	138,42	176,98	176,56
Secundário	167,60	160,37	145,93	156,52	163,23
Curso Superior	131,71	131,21	170,74	134,98	128,89
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=11,561$; p=0,003**	$\chi^2=13,737$; p=0,001**	$\chi^2=7,651$; p=0,022*	$\chi^2=10,798$; p=0,005**	$\chi^2=15,708$; p=0,000***
ESTADO CIVIL					
Solteira	118,38	119,13	124,61	166,02	126,53
Casada\União de facto	162,02	159,20	161,28	150,91	158,61
Divorciada\Viúva	146,57	163,10	143,00	153,17	157,07
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=9,746$; p=0,008**	$\chi^2=8,480$; p=0,014*	$\chi^2=7,373$; p=0,025*	$\chi^2=1,138$; p=0,556	$\chi^2=5,174$; p=0,075
NÚMERO DE FILHOS					
Sem filhos	123,59	139,39	128,45	162,51	133,72
1 filho	156,06	159,95	164,81	159,31	162,94
2 filhos	169,79	154,80	152,52	141,71	154,99
≥ 3 filhos	147,46	156,28	173,52	157,44	157,16
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=11,310$; p=0,010*	$\chi^2=2,256$; p=0,521	$\chi^2=8,319$; p=0,040*	$\chi^2=3,143$; p=0,370	$\chi^2=4,497$; p=0,213
SITUAÇÃO PROFISSIONAL					
Activa	155,43	156,22	159,05	149,23	153,94
Não Activa	147,35	144,82	135,80	167,12	152,10
Teste U Mann-Whitney	U=8055,5; Z=-0,683; p=0,495	U=7870,5; Z=-0,963; p=0,335	U=7212,5; Z=-1,976; p=0,048*	U=7510,5; Z=-1,510; p=0,131	U=8402,5; Z=-0,155; p=0,877

O estudo da relação entre as crenças de saúde e os conhecimentos acerca do CCU, revelou que as mulheres com melhores conhecimentos apresentam valores médios inferiores na crença de vulnerabilidade (140.96) e na gravidade (143.28) face ao cancro colo útero, contudo as diferenças encontradas não são significativas (Vulnerabilidade: $\chi^2=4,980$; p=0,083; Gravidade: $\chi^2=3,356$; p=0,187), (cf. Quadro 26).

Quanto a crença dos benefícios da citologia, verificamos pelos pesos médios que as mulheres com melhores conhecimentos consideram mais benéfico a citologia (170.79), por sua vez as mulheres com fracos conhecimentos têm crenças de obstáculos face à citologia mais elevadas (172.25). As diferenças encontradas revela nestas duas subescalas significância

estatística (Benefícios: $\chi^2=11,3154$; $p=0,003$; Obstáculos: $\chi^2=10,674$; $p=0,005$), (cf. Quadro 26).

Face às crenças de saúde (nota global), observamos que as mulheres com bons conhecimentos têm melhores crenças de saúde (Pesos médios: 138.43), e as que têm piores conhecimentos possuem crenças de saúde mais baixas (Pesos médios: 167.19), sendo as diferenças significativas ($\chi^2=7,177$; $p=0,028$), ou seja, o tipo de conhecimento influencia nas crenças de saúde das mulheres, (cf. Quadro 26).

Quadro 26 – Estudo da relação entre as Crenças de Saúde (subescalas e nota global) e os conhecimentos acerca do CCU

	Vulnerabilidade	Gravidade	Benefícios	Obstáculos	Crenças Saúde (Nota Global)
	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios
CONHECIMENTOS ACERCA DO CCU (GRUPOS)					
Bons	140,96	143,28	170,79	136,06	138,43
Razoáveis	160,12	158,05	154,07	155,87	161,29
Fracos	164,83	163,11	133,63	172,25	167,19
Teste de Kruskal-Wallis	$\chi^2=4,980$; $p=0,083$	$\chi^2=3,356$; $p=0,187$	$\chi^2=11,3154$; $p=0,003^{**}$	$\chi^2=10,674$; $p=0,005^{**}$	$\chi^2=7,177$; $p=0,028^*$

Como síntese aos resultados obtidos poder-se-ia dizer que:

As mulheres no global possuem, uma crença de vulnerabilidade e gravidade alta face ao CCU, uma elevada crença de benefícios com a citologia e baixa crença com os obstáculos face á citologia.

As mulheres com idades entre os 46 e os 64 anos apresentam crenças de gravidade face ao cancro do colo do útero mais elevada.

As mulheres com Ensino Superior possuem baixa crença de vulnerabilidade e gravidade acerca do cancro do colo útero, baixa crença de obstáculos com a citologia e uma crença elevada face aos benefícios da citologia.

As mulheres solteiras possuem menor vulnerabilidade e gravidade face ao cancro colo útero e menor crença de benefícios em relação à citologia.

As mulheres sem filhos apresentam crença de vulnerabilidade mais baixa face ao CCU e menor crença face aos benefícios da citologia.

As mulheres activas profissionalmente apresentam uma crença de beneficio face à citologia mais elevada face as mulheres não cativas.

As mulheres com melhores conhecimentos consideram mais benéfico a citologia por sua vez as mulheres com fracos conhecimentos têm crenças de obstáculos face à citologia mais elevadas.

2.3 – ADESÃO AO RASTREIO DO CCU

Quando analisamos a Adesão ao Rastreio do CCU, observamos que a maioria das mulheres vai as consultas de planeamento familiar, fazendo o rastreio do CCU (78.4%), existindo 21.6% que refere que não vai as consultas do planeamento familiar, (cf. Quadro 27).

Quadro 27 – Distribuição percentual da amostra face à adesão ao rastreio do CCU

	Total	
	n	%
Sim	240	78,4
Não	66	21,6

2.4 – ANALISE INFERENCIAL

Seguidamente, iremos procurar responder as questões que nortearam a presente investigação, de forma a conseguir atingir os objectivos delineados.

- **Qual será a relação que existe entre o nível de conhecimentos acerca do CCU e do RCCU e a adesão ao rastreio do CCU?**

Verificamos que as mulheres com conhecimentos razoáveis face ao CCU são as que apresentam uma percentagem de adesão maior (82.7%), seguida das mulheres com bons conhecimentos (80.7%) e por fim as mulheres com fracos conhecimentos com 73,6%. O teste Teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças encontradas não são significativas ($\chi^2= 2,397$; $p=0,302$), ou seja o tipo de conhecimentos face ao CCU não tem influencia na adesão às consultas de planeamento familiar e posteriormente ao rastreio do CCU, (cf. Quadro 28).

Quadro 28 – Distribuição da Adesão ao Rastreio do CCU e os conhecimentos face ao CCU (grupos)

	Bons		Razoáveis		Fracos	
	n	%	n	%	n	%
ADESÃO AO RASTREIO DO CCU						
Sim	109	80,7	43	82,7	88	73,9
Não	26	19,3	9	17,2	31	26,1
Teste Qui-Quadrado ($\chi^2= 2,397$; $p=0,302$)						

➤ **Qual a relação entre as variáveis sócio demográficas e profissionais com a adesão ao rastreio do CCU?**

No **grupo etário**, observamos que as mulheres com idades entre os 31-36 e com 37 e os 45 anos são as que frequentam mais as consultas de planeamento familiar (81.2%), por sua vez as que têm idades entre os 46 anos e os 64 anos são as que mais faltam às consultas de planeamento familiar e logo ao rastreio do CCU, revelando o teste de Qui-Quadrado diferenças estatísticas não significativas ($\chi^2= 1,630$; $p=0,652$), ou seja, o grupo etário não influencia na adesão ao rastreio do CCU, (cf. Quadro 29).

Apurámos que nas **habilitações literárias**, as diferenças encontradas não são significativas ($\chi^2= 0,685$; $p=0,710$), sendo que, as mulheres que têm curso superior são as que têm menor adesão ao rastreio (76.1%), (cf. Quadro 29).

Na **situação profissional**, inferimos que as mulheres activas profissionalmente têm maior adesão ao rastreio do CCU (79.0%) face as que não estão activas (76.7%), no entanto o teste Qui-Quadrado, revelou que as diferenças encontradas não são significativas, ou seja, verificou-se que as duas variáveis são independentes, ($\chi^2= 167$; $p=0,682$) (cf. Quadro 29).

Quanto ao **estado civil**, as mulheres solteiras têm menor adesão ao rastreio do CCU (59.6%), em sentido inverso constatamos que as mulheres casadas ou a viver em união de facto apresentam maior adesão (82,1%). O teste Qui-Quadrado revela diferenças bastante significativas ($\chi^2= 11,714$; $p=0,003$), ou seja, as mulheres casadas ou a viver em união de facto possuem maior adesão ao rastreio do CCU, **o estado civil influencia na adesão ao rastreio do CCU**, (cf. Quadro 29).

A análise segundo o **número de filhos**, revela que as mulheres sem filhos têm menor adesão ao rastreio (70.3%), e as que têm dois filhos são as que apresentam uma melhor adesão (83.6%), sendo que as diferenças encontradas não são significativas ($\chi^2=6,705$; $p=0,227$), (cf. Quadro 29).

Quadro 29 – Distribuição da Adesão ao Rastreio do CCU e as variáveis sociodemográficas e profissionais

GRUPO ETÁRIO								
Adesão ao Rastreio do CCU	≤ 30		[31 – 36]		[37 – 45]		[46 – 64]	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	55	77,5	69	81,2	56	81,2	60	74,1
Não	16	22,5	16	18,8	13	18,8	21	25,9
Teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 1,630$; $p=0,652$)								
NÚMERO DE FILHOS								
Adesão ao Rastreio do CCU	Sem filhos		1 filho		2 filhos		≥ 3 filhos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	45	70,3	83	77,6	92	83,6	20	80,0
Não	19	29,7	24	22,4	18	16,4	5	20,0
Teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 4,339$; $p=0,227$)								
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS								
Adesão ao Rastreio do CCU	Até 2º Ciclo		Secundário		Curso Superior			
	n	%	n	%	n	%		
Sim	63	80,8	88	79,3	89	76,1		
Não	15	19,2	23	20,7	28	25,2		
Teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 0,685$; $p=0,710$)								
ESTADO CIVIL								
Adesão ao Rastreio do CCU	Solteira		Casada\União de facto		Divorciada\Viúva			
	n	%	n	%	n	%		
Sim	28	59,6	183	82,1	29	80,6		
Não	19	40,4	40	17,9	7	19,4		
Teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 11,714$; $p=0,003^{**}$)								
SITUAÇÃO PROFISSIONAL								
Adesão ao Rastreio do CCU	Activa				Não Activa			
	n	%			n	%		
Sim	184	79,0			59	76,7		
Não	49	21,0			17	23,3		
Teste Qui-Quadrado ($\chi^2 = 167$; $p=0,682$)								

➤ **Em que medida as crenças de saúde das mulheres acerca do cancro do colo do útero influenciam a adesão ao RCCU?**

Efectuamos uma análise discriminante de função, técnica multivariada com o objectivo de escolher as variáveis que distinguem os grupos, neste caso as mulheres que fizeram adesão ao rastreio do CCU e as que não aderiram utilizando o método stepwise.. As variáveis independentes que entraram neste modelo foram as crenças: *vulnerabilidade, gravidade, benefícios, obstáculos e a nota global das crenças de saúde*, e a variável dependente, *adesão ao rastreio do CCU*.

O teste Box's M indica-nos que as dispersões observadas entre os grupos não são estatisticamente significativas, ($p= 0.299$).

Quadro 30 – Dispersões entre os grupos

Grupos	Determinantes	Box,s M	F	p
Adesão ao Rastreio CCU	4,926	1,083	1,077	0,299
Não Adesão ao Rastreio CCU	4,716			
Entre grupos	4,884			

Apesar de não termos encontrado diferenças entre os grupos, continuámos com a análise discriminante de função e reparámos pelo quadro 31, que o lambda de Wilk mostra existirem diferenças de médias entre algumas das variáveis que entraram na análise discriminante de função, nomeadamente nas variáveis *gravidade*, *benefícios* e *na nota global das crenças de saúde*.

Quadro 31 – Teste de igualdade de médias

	Wilks' Lambda	F	Sig.
Vulnerabilidade	0,988	3,606	0,059
Gravidade	0,986	4,233	0,040
Benefícios	0,987	3,926	0,048
Obstáculos	1,000	0,035	0,851
Crenças de Saúde (nota global)	0,984	4,792	0,029

O quadro 32 refere que apenas as crenças de saúde nota global entra no modelo de stepwise, verificando-se que é responsável por 100% da variância da adesão ao rastreio do CCU.

Quadro 32 – Variáveis em análise segundo o método *Stepwise*

Passo		Tolerance	Sig. of F to Remove
1	CREN_TOT	1,000	0,029

Terminamos a análise discriminante apresentando no quadro 33 os valores percentuais a partir dos quais os casos correctamente classificados são aceitáveis. Os valores obtidos, evidenciam que a percentagem de classificações correctas dadas pela máxima probabilidade, à priori é de 78,4% (critério de acaso máximo) e a percentagem de classificações correctas obtidas ao acaso com 78,4% (critério de acaso proporcional) é igual às classificações correctas, o que pode viabilizar os resultados obtidos .

Quadro 33 – Classificações correctas feitas ao acaso

	Adesão	Não Adesão	Total
Número	240	66	306
Probabilidades á priori	0,784	0,216	1.000
% de classificação correcta			78,4

Se quiséssemos traçar o perfil médio da mulher aderente ao rastreio do CCU, teríamos uma mulher com cerca idade entre os 31 e os 36 anos, com curso superior (38,9%), activa profissionalmente (78.5%), casada ou a viver em união de facto (75,3%) e com um filho (36,8%). Com bons conhecimentos globais acerca do CCU (52.2%), (cf. Quadro 34).

Quadro 34 – Caracterização das mulheres que fazem o rastreio do CCU

	Total	
	n	%
GRUPO ETÁRIO		
Até 30 anos	50	20,2
[31 – 36]	64	25,9
[37 – 45]	62	25,1
[46 – 64]	71	28,8
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS		
Até 2º Ciclo	62	25,1
Secundário	89	36,0
Curso Superior	96	38,9
SITUAÇÃO PROFISSIONAL		
Activa	194	78,5
Não Activa	53	21,5
ESTADO CIVIL		
Solteira	30	12,1
Casada\União de facto	186	75,3
Divorciada\Viúva	31	12,6
NÚMERO DE FILHOS		
Sem filhos	41	16,6
1 filho	93	37,7
2 filhos	91	36,8
≥ 3 filhos	22	8,9
CONHECIMENTOS DO CCU (GRUPOS)		
Bons	129	52,2
Razoáveis	42	17,0
Fracos	76	30,8

Quanto ao perfil médio da mulher não aderente ao rastreio do CCU, teríamos uma mulher jovem com idade inferior a 36 anos, com secundário (37.3%), activa profissionalmente (66.1%), casada ou a viver em união de facto (62.7%), sem filhos (39.0%) e com fracos conhecimentos globais acerca do CCU (72.9%), (cf. Quadro 35).

Quadro 35 – Caracterização das mulheres que não fazem o rastreio do CCU

	Total	
	n	%
GRUPO ETÁRIO		
Até 30 anos	21	35,6
[31 – 36]	21	35,6
[37 – 45]	7	11,9
[46 – 64]	10	16,9
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS		
Até 2º Ciclo	16	27,1
Secundário	22	37,3
Curso Superior	21	35,6
SITUAÇÃO PROFISSIONAL		
Activa	39	66,1
Não Activa	20	33,9
ESTADO CIVIL		
Solteira	17	28,8
Casada\União de facto	37	62,7
Divorciada\Viúva	5	8,5
NÚMERO DE FILHOS		
Sem filhos	23	39,0
1 filho	14	23,7
2 filhos	19	32,2
≥ 3 filhos	3	5,1
CONHECIMENTOS DO CCU (GRUPOS)		
Bons	6	10,2
Razoáveis	10	16,9
Fracos	43	72,9

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

3 – DISCUSSÃO

A discussão dos resultados é um dos pontos mais importantes de todo o processo de investigação, permitindo-nos reflectir sobre a investigação realizada. Iremos comentar os resultados, de forma breve e posteriormente confrontar e comparar os resultados obtidos com os resultados de outras investigações já desenvolvidas. Iniciaremos contudo pela discussão da vertente metodológica.

3.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das nossas preocupações foi desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia usada, foi a que nos pareceu ser a mais benéfica para facilitar e tornar possível a realização deste estudo.

No entanto, durante a elaboração desta pesquisa confrontamo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que passamos a enumerar.

Uma limitação deste nosso estudo, prende-se com o facto de ele apresentar uma tipologia com características transversal e descritivo, carecendo por esse motivo de controlo experimental das variáveis independentes (Polit e Hungler, 1994)

No contexto da fundamentação teórica, verificamos que os estudos sobre esta temática têm aumentado na última década, principalmente porque se trata do sétimo cancro mais frequente e o segundo mais comum na mulher, como nos diz Tavares (2009), no entanto, em Portugal o número de estudos publicados sobre comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero é reduzido.

A adesão aos exames de rastreio possibilita a identificação do problema numa fase precoce. No caso específico das mulheres a detecção precoce do cancro do colo do útero é possível através da citologia vaginal, estudando os motivos da não adesão podemos intervir de forma a alterar estes comportamentos.

Utilizámos o questionário e solicitámos a autorização ao Conselho de Administração do ACES Dão Lafões I, através de ofício juntamente com um exemplar dos questionários que pretendíamos aplicar, garantindo todos os procedimentos éticos. Sentimos dificuldades na obtenção da respectiva resposta, por demora á nossa solicitação.

Nos vários serviços a recepção foi muito boa, mas no que concerne á aplicação dos questionários foram encontradas algumas limitações para a constituição de uma amostra representativa, uma vez que nem todos os profissionais se encontravam disponíveis para a aplicação dos mesmos.

A entrega dos questionários procedeu-se da seguinte forma, nos vários serviços que fazem parte do ACES Dão Lafões I, a entrega foi feita pessoalmente aos enfermeiros chefes ou interlocutores dos vários serviços, sendo efectuada uma explicação em relação aos objectivos do estudo e á forma de aplicação dos mesmos, procedendo-se posteriormente à sua recolha.

Outra das dificuldades encontradas foi na recolha dos questionários, dado que dos 400 questionários distribuídos apenas foram recolhidos 320, dos quais só foi possível validar 306. Em suma a autorização, aplicação e recolha do instrumento colheita de dados constituíram uma limitação do estudo, uma vez que a dinâmica organizacional apresentou-se como um obstáculo.

Efectuámos o tratamento estatístico utilizando o programa SPSS 12.0, tendo sido excluídos todos os questionários que não se encontravam correcta e completamente preenchidos.

Apesar de algumas dificuldades, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido.

3.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A adesão ao RCCU constitui a principal variável do nosso estudo, optámos, por proceder ao seu enquadramento, a fim de melhor compreender e discutir a sua variação relativamente às variáveis independentes do questionário.

Haynes e Col (1979) *cit. in* ODGEN (1999, p.83) definem adesão como “ a medida em que o comportamento do doente em termos de tomar medicação, seguir o regime dietético ou tomar outras mudanças no seu estilo de vida coincide com os conselhos dos médicos ou de saúde”.

A adesão assume particular importância ao nível dos comportamentos de rastreio, levando a uma redução dos comportamentos de risco e há adopção de comportamentos protectores para a saúde.

Quando analisamos a **Adesão ao RCCU**, observamos que a maioria das mulheres (78.4%) vai às consultas de planeamento familiar, fazendo o RCCU, (21.6%) das mulheres refere não ir às consultas do planeamento familiar.

Portugal (2008) (a), cit. Pereira et al, 2007, afirma que um grupo de peritos considerou que a população abrangida pelo rastreio em Portugal seria de 40% de mulheres que efectuaram o rastreio de forma oportunístico, 8% de forma sistemática e 52% não efectuaram rastreio, dados semelhantes aos resultados obtidos por Patrão (2002), no qual (55,2%) das mulheres nunca realizou o exame, os dados por nós obtidos são discordantes destes estudos, como referimos anteriormente (78,5%) de mulheres que efectuaram uma citologia nos últimos 3 anos, estes dados são semelhantes aos de Malheiro (2009), que apresentava (73%) de mulheres tinham realizado o exame.

Segundo dados recolhidos em Portugal (2009), os Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde, revelam que na Região Centro se realizaram 325.109 citologias (2006 a 2008), o que corresponde a 56% da população elegível estimada. A meta traçada para o ano de 2010 era a obtenção de uma taxa de cobertura de 60% de mulheres com RCCU realizado, não conseguimos obter dados referentes a esta meta. Contrastando com os dados por nós obtidos, verificamos que obtivemos um valor mais elevado, (78,4%) das mulheres realizaram o RCCU, podendo este valor dever-se á limitação da amostra, ao empenho e trabalho realizado por parte dos profissionais de saúde do ACES Dão Lafões I ou ao facto de na Região Centro existir há cerca de 15 anos um programa de rastreio organizado a funcionar nos Centros de Saúde.

De salientar, que neste programa de rastreio organizado, a cobertura da população alvo, ao longo dos anos não tem sido homogénea e/ou consistentemente elevada, ainda assim, a Região Centro apresenta valores de incidência de CCU mais baixos que os da média do País e mesmo da União Europeia na actual constituição..

Para analisar que determinantes estão implícitos nos comportamentos de adesão das mulheres em relação ao rastreio do cancro do colo do útero, colocamos três questões de investigação, iremos seguidamente proceder á sua análise.

⇒ ADESÃO AO RCCU E AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

Para efectuar a relação entre adesão ao rastreio do CCU as variáveis sócio demográficas e profissionais, procedemos á análise das variáveis de modo a conhecer melhor a amostra, efectuamos a sua caracterização e confrontamos alguns dados obtidos com os de outros estudos e á literatura.

No que se refere à **idade**, a amostra é constituída por 306 mulheres com idades compreendidas entre os 23 e os 64 anos, sendo o grupo etário mais representativo o dos [31-36], com (27,8%) e a média de idades é de 38 anos, segundo a literatura nas mulheres a prevalência máxima de infecções transitórias por HPV, tem lugar na adolescência e entre os 20 e 30 anos de idade, após o inicio da actividade sexual. Segundo dados recolhidos em Portugal (2008) (a), a prevalência máxima de lesões pré-cancerosas tem lugar aproximadamente 10 anos mais tarde e a doença invasiva, nomeadamente CCU, por volta dos 40 a 50 anos de idade, pelo que a população da nossa amostra se encontra dentro da média de idades de maior risco.

Relacionando a adesão ao RCCU com o grupo etário, observamos que as mulheres que mais frequentam as consultas de planeamento familiar (81.2%), são as que apresentam idades compreendidas entre os 31 e os 45 anos, por sua vez as que mais faltam às consultas de planeamento familiar e logo ao rastreio do CCU têm idades entre os 46 e os 64 anos. Dados semelhantes foram obtidos num estudo nível nacional efectuado por Branco (2005), onde a idade onde se observou maior adesão ao rastreio do CCU foi a das mulheres dos 25 aos 44 anos. No teste de Qui-Quadrado foram encontradas diferenças estatisticamente não significativas, ou seja, o grupo etário não influencia na adesão ao rastreio do CCU.

Caracterizando a nossa amostra relativamente **habilitações literárias**, identificamos o predomínio de mulheres com um curso superior (38,2%) sendo este mais frequente nas mulheres mais novas, seguido do ensino secundário (36,3%) e as mulheres menos representadas são as que estudaram até ao segundo ciclo, sendo estas frequentemente mais velhas. Tais factos tornam o estudo possível, pela possibilidade das participantes poderem ler e escrever, e assim poderem responder sem interferência do investigador ao questionário.

No nosso estudo deparamo-nos com dados difíceis de explicar, visto que as mulheres com menor adesão ao RCCU (76.1%) são as que possuem curso superior, sendo estes dados contrários aos obtidos por Branco (2005), as diferenças encontradas não são significativas.

Na nossa amostra (76,1%) das mulheres encontram-se activas profissionalmente.

As mulheres que apresentam maior adesão ao RCCU, são as que têm vida profissional activa, dados concordantes com os obtidos por Branco (2005). Inferimos que após a

aplicação do teste Qui-Quadrado, as diferenças encontradas não são significativas, ou seja, verificou-se que as duas variáveis são independentes.

Quanto ao **estado civil** a maioria das mulheres encontra-se casada ou a viver em união de facto (72,9%). De acordo com Malheiro (2009), o facto da maioria ser casada ou se encontrar a viver em união de facto pode ser preponderante no conhecimento sobre o CCU, uma vez que estas mulheres frequentam as consultas de planeamento familiar, devendo, por isso estar informadas sobre a problemática e sobre os rastreios da mulher.

Na relação entre a adesão ao RCCU e o estado civil, constatamos que as mulheres que apresentam maior adesão (82,1%) são as que se encontram casadas ou a viver em união de facto. Segundo Malheiro (2009), isto poderá dever-se ao facto destas mulheres frequentarem mais as consultas de planeamento familiar, obtendo desta forma uma maior informação acerca desta problemática. No entanto, as mulheres solteiras se sexualmente activas deverão também ser acompanhadas, pois segundo Roldão (2007), este aspecto parece ter influência na incidência do CCU, visto que o risco de aparecimento aumenta com o número de parceiros e com a promiscuidade sexual. O teste Qui-Quadrado revela diferenças bastante significativas, ou seja, **o estado civil da amostra influencia a adesão ao rastreio do CCU**.

A adesão ao RCCU é menor (70.3%) nas mulheres sem filhos, o grupo que apresenta maior adesão (83.6%) é o das mulheres que têm dois filhos, sendo que as diferenças encontradas não são significativas.

⇒ ADESÃO AO RCCU E OS CONHECIMENTOS ACERCA DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO E RCCU

De forma a compreender a relação entre os comportamentos adoptados pelas mulheres integradas no nosso estudo e os conhecimentos que possuem acerca do CCU e RCCU, foram abordados vários aspectos relacionados com os mesmos, de modo a melhor conhecer a amostra.

Acerca dos **conhecimentos acerca do CCU**, verificamos que (98,7%) das mulheres que já ouviram falar sobre CCU, este resultado vem de encontro com as orientações estratégicas e intervenções necessárias do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010, que refere que a sensibilização para esta temática é prioritária devendo incidir na prevenção com base em acções de educação sobre factores de risco.

Quando questionadas acerca das **complicações do CCU quando detectadas tardiamente**, (81,7%) das mulheres referem que estas podem levar á morte, as restantes (21,6%) responderam incorrectamente, referindo que podem causar um desconforto passageiro ou que é inofensivo. De acordo com a literatura, isto pode dever-se ao facto desta doença se desenvolver lenta e progressivamente, podendo levar vinte anos ou mais desde a infecção persistente até ao desenvolvimento de lesões de alto grau e de cancro invasivo. (Tavares, 2009; Portugal, 2008 (a))

A maioria das mulheres (80,4%) recorre a um profissional de saúde quando se apercebe de uma infecção vaginal. Relativamente ás **dúvidas que apresenta acerca do CCU**, (54,2%) gostaria de ser esclarecida acerca dos sinais e sintomas, (43,1%) acerca das formas de prevenção, (41,8%) acerca das causas e (18,6%) acerca dos exames de diagnóstico. Este resultado vem alertar para a necessidade dos enfermeiros investirem na informação e na educação das utentes que acompanham, não permitindo que a divulgação da informação caiba apenas aos meios de comunicação social. O Ministério da Saúde no Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010, refere que a sensibilização para esta temática é prioritária devendo incidir na prevenção com base em acções de educação sobre factores de risco.

Observamos que (83,3%) das mulheres sabe que o **diagnóstico do CCU** se faz utilizando a citologia, existindo ainda (16,7%) que pensa que pode ser feito através de ecografia pélvica, análises ao sangue e análises á urina. A maioria (76,5%), sabe que o exame de rastreio se chama Papanicolau. Quanto á **altura de iniciar o rastreio** apenas (42,5%) responde correctamente, devendo este ser iniciado 3 anos após o inicio das relações sexuais. Relativamente á **frequência** (48,7%) das mulheres, refere que faz o RCCU anualmente, apesar de (76,8%) referir que este deve ser efectuado anualmente, (15,4%) fá-lo de 2 em 2 anos e (14,4%) de 3 em 3 anos, isto pode dever-se ao facto da Sociedade Portuguesa de Ginecologia preconizar, que depois de ter dois resultados do exame de Papanicolau normais, este deve fazer-se de três em três anos.(Reunião de Consenso em Patologia Cervico-Vulvovaginal, 2004)

Verificamos que (92,8%) das mulheres possui **conhecimentos à acerca da vacina**, sabe da sua existência como forma de prevenção para o combate ao CCU, obtivemos melhores resultados, comparativamente aos dados obtidos por Malheiro (2009), no qual (83%) das mulheres possuía conhecimentos acerca da vacina. Este resultado pode ser devido ao aumento da difusão da informação acerca da vacina e á sua inclusão no Plano Nacional de Vacinação.

Relativamente aos **factores de risco**, verificamos surpreendentemente que (72,2%) das mulheres referem como factor que mais influência o aparecimento do CCU, a existência de história familiar de CCU, isto demonstra falta de conhecimento e informação.

Quando confrontadas com a presença de **sintomas no CCU**, (69%) das mulheres refere que sim, dados semelhantes aos de Malheiro (2009) que obteve 63% de respostas afirmativas. Para (31%) das mulheres este é assintomático, isto pode dever-se ao facto de os sinais e sintomas poderem confundir-se com os de uma infecção ou outro problema de saúde e também pelo facto de o CCU poder não apresentar quaisquer sinais ou sintomas até atingir uma fase mais avançada. (Silva, 2010)

Relativamente aos conhecimentos acerca do **vírus responsável pelo CCU**, (82%) das inquiridas sabe que o CCU é originado por um vírus e destas (65%) identifica-o como sendo o VPH. Malheiro (2009), obteve 79% de mulheres que afirmam que o CCU é causado por um vírus e 37,9% identifica-o como sendo o HPV, a este nível obtivemos um melhor nível de conhecimentos.

De acordo com as referências, Albuquerque et al (2009) e Silva (2010), a causa deste cancro é um vírus, a infecção prévia pelo HPV é apontada como principal factor de risco. Sendo o HPV um vírus do DNA, os seus genes podem manipular o controle do ciclo celular do hospedeiro e levar à sua persistência e replicação, conseguindo transformar as células do colo uterino, provocando lesões, que em alguns casos progridem para lesões cancerosas.

Na relação entre adesão ao rastreio do CCU e o nível de conhecimentos, verificamos que as mulheres que apresentam uma percentagem de adesão maior (82.7%), são as que possuem conhecimentos razoáveis face ao CCU e RCCU, seguidas das mulheres com bons conhecimentos (80.7%). No estudo realizado por Patrão (2002) as mulheres aderentes tinham um nível de conhecimentos razoável acerca do CCU e do rastreio. O teste Teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas, ou seja, o tipo de conhecimentos face ao CCU não influencia na adesão às consultas de planeamento familiar e posteriormente ao rastreio do CCU.

⇒ **ADESÃO AO RCCU E AS CRENÇAS DE SAÚDE**

Com o intuito de melhor caracterizar a nossa amostra relativamente às **crenças de saúde**, nas quatro subescalas, verificamos que as mulheres do nosso estudo apresentam uma alta *vulnerabilidade* em relação ao CCU, apesar de a maioria discordar das afirmações,

“Tenho maiores probabilidades de ter Cancro do Colo do Útero do que a maioria das mulheres” “O desenvolvimento do Cancro do Colo do Útero é algo que lhe pode estar a ocorrer presentemente”. Apresentam uma crença de *gravidade* alta em relação ao CCU, contudo a maioria não relaciona o CCU com uma morte precoce, revelam uma crença de *benefícios* muito elevada em relação á citologia e existe uma baixa tendência para a crença de *obstáculos* face á citologia, Patrão (2002) obteve no seu estudo dados semelhantes em relação ás subescalas citadas anteriormente. Observamos que apenas na subescala Obstáculos a dispersão em torno da média é elevada, nas restantes subescalas é moderada. Quanto ao valor global das crenças de saúde, a dispersão em torno da média é baixa (CV=15,05) e com uma curva assimétrica e platicúrtica.

As crenças de saúde não são predictoras com excepção da crença global

Face as Crenças de Saúde (nota Global), as mulheres que vão as consultas de planeamento familiar e ao rastreio do CCU têm crenças mais elevadas face as mulheres que faltam a essas consultas, o teste U Mann-Whitney revelou que as diferenças são estatisticamente significativas, ou seja as **crenças de saúde influenciam na adesão ao rastreio do CCU**.

Para terminar, se quiséssemos traçar o perfil médio da mulher aderente ao rastreio do CCU, teríamos uma mulher com idade entre os 31 e os 36 anos, com curso superior (38,9%), activa profissionalmente (78.5%), casada ou a viver em união de facto (75,3%) e com um filho (36,8%). Com bons conhecimentos globais acerca do CCU (52.2%). Estes dados vão de encontro com a bibliografia, Ogden (2004), refere que a realização do RCCU está positivamente relacionada com o estado civil e os conhecimentos sobre o CCU. No estudo realizado por Patrão (2002) as mulheres aderentes ao rastreio são casadas, têm filhos e têm entre 41 e 50 anos, a idade é superior á das aderentes do nosso estudo.

Quanto ao perfil médio da mulher não aderente ao rastreio do CCU, teríamos uma mulher jovem com idade inferior a 36 anos, com secundário (37.3%), activa profissionalmente (66.1%), casada ou a viver em união de facto (62.7%), sem filhos (39.0%) e com fracos conhecimentos globais acerca do CCU (72.9%). As mulheres que apresentam comportamento de baixa adesão no estudo efectuado por Patrão (2002), são solteiras, não têm filhos e têm entre 41 e 50 anos, dados que só são concordantes com os nossos no que diz respeito ao número de filhos.

Estas mulheres, apesar de não frequentarem a consulta de planeamento familiar e consequentemente não efectuarem o rastreio do CCU, têm o direito de escolher, e para isso

deve fornecer-se a informação necessária, suficiente, à medida, para que possam adoptar uma atitude de consentimento informado. (Ogden, 1999)

CONCLUSÕES

4– CONCLUSÕES

A ciência evolui à medida que os conhecimentos vão surgindo, sendo por isso importante enquadrar os novos dados nos já existentes, de forma a chegar mais longe.

Nesta perspectiva, pretende-se fazer desta conclusão um ponto de reflexão sobre o estudo realizado, de modo a esboçar as conclusões obtidas, sempre com a consciência que continuam em aberto inúmeras questões relacionadas com a adesão ao RCCU.

Recorremos a uma revisão crítica da literatura que procurou ser o mais actual possível, de forma a aprofundar e consolidar conhecimentos interligados com o tema. Deparamo-nos porém com uma escassez de estudos acerca dos comportamentos de adesão ao RCCU em Portugal.

O presente estudo procurou avaliar os comportamentos de adesão ao RCCU e identificar a presença de variáveis que os pudessem influenciar.

Nesta perspectiva, procurou responder-se às questões de partida, de forma a poder avaliar que determinantes estão implícitos nos comportamentos de adesão das mulheres em relação ao rastreio do cancro do colo do útero.

Procurou-se, assim, responder às questões de investigação formuladas com ponto de partida para o presente trabalho:

- Qual a influencia das variáveis sócio demográficas e profissionais na adesão ao RCCU?
- O nível de conhecimentos das mulheres acerca do cancro do colo do útero e do RCCU influencia a adesão ao mesmo?
- Em que medida as crenças de saúde das mulheres acerca do cancro do colo do útero influenciam a adesão ao RCCU?

Como reflexões acerca dos resultados encontrados, observou-se que:

- Relativamente à primeira questão constatamos que as mulheres que apresentam maior adesão ao RCCU, são as que se encontram casadas ou a viver em união de facto. A variável estado civil das mulheres que fazem parte da nossa amostra, revela que o estado civil,

influência a adesão ao RCCU. As restantes variáveis (grupo etário, habilitações literárias, situação profissional e número de filhos), não mostraram influência na adesão ao RCCU.

➤ Quanto ao nível de conhecimentos das mulheres acerca do cancro do colo do útero e do RCCU, verificamos que as mulheres com conhecimentos razoáveis face ao CCU são as que apresentam uma percentagem de adesão maior, seguida das mulheres com bons conhecimentos. As diferenças encontradas revelam que o tipo de conhecimentos face ao CCU não apresenta influencia na adesão às consultas de planeamento familiar e posteriormente ao rastreio do CCU.

➤ Face as Crenças de Saúde (nota Global), verificamos que as mulheres que vão as consultas de planeamento familiar e efectuem o rastreio do CCU têm crenças de saúde mais elevadas face as mulheres que faltam a essas consultas, apuramos que as crenças de saúde influenciam na adesão ao rastreio do CCU.

Quando analisada a adesão ao RCCU, observamos que a maioria das mulheres vai às consultas de planeamento familiar, fazendo o RCCU.

No estudo realizado deparamo-nos com dados difíceis de explicar:

- Verificamos que as mulheres que apresentam uma percentagem de adesão maior, são as que possuem conhecimentos razoáveis face ao CCU e RCCU, seguidas das mulheres com bons conhecimentos, sendo as mulheres que possuem curso superior as que apresentam menor adesão ao RCCU. Propomos que em novos estudos se faça uma avaliação com a utilização de mais itens acerca da formação académica e dos conhecimentos.

- As mulheres solteiras são as que apresentam menor adesão ao RCCU, seria importante em estudos a realizar posteriormente, identificar se são sexualmente activas, a idade do inicio das relações sexuais e o número de parceiros, visto que, estes aspectos têm influência na incidência do CCU, salientamos a importância da realização do RCCU nestas mulheres.

Afigura-se que embora reconhecendo algumas limitações, os objectivos do nosso estudo foram atingidos.

Seria pertinente a realização de outros estudos com uma amostra maior.

Para finalizar, recomendamos a realização de mais estudos sobre esta temática em Portugal. Paralelamente com a necessidade de desenvolver programas comunitários que visem o esclarecimento da população acerca do CCU e da importância do RCCU na detecção precoce do CCU, sendo a implicação e envolvimento das equipas de saúde e dos governantes

fundamental, de forma a alterar atitudes e futuros comportamentos face à realização do exame de rastreio, embora seja, seguramente uma tarefa difícil, alterar o comportamento das pessoas, mesmo que tal se revele benéfico para elas mesmas e para a comunidade.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, Kamila Matos [et al.] – Cobertura do teste de papanicolau e factores associados à não-realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Em linha]. 25: sup. 2 (2009), S301-S309. [Consultado em 12/07/2010]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/12.pdf>>.

ANTTILA, A. [et al.] – Câncer of the cervix screening programmes and policies in 18 European countries. *Br J cancer*. 91 (2004), p. 935-941.

BENNETT, Paul; MURPHY, Simon – *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi, 1999. ISBN 972-8449-48-8.

BILRO, Maria Ercilia – Medidas preventivas em oncologia. In *Enfermagem Oncológica*. Coimbra, 2004. ISBN 972-8485-41-7. p. 41-48.

BILWEIS, Christophe, ed. lit. [et al.] - *Anatomia e fisiologia para os cuidados de enfermagem*. 2ª ed. Loures : Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-23-1.

BISHOP, G. – *Human behavior and health care system: health psychology: Integrating mind and body*. Needham, Heights: Allyn and Bacon, 1994.

BRANCO, Isaura Maria Bata Henriques Peixoto – *Educação para a saúde: contributos para a prevenção do cancro modelo cancro do colo do útero*. Porto: Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar da universidade do Porto, 2004. 293 p. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar de Universidade do Porto. Acessível na Biblioteca do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

BRANCO, Maria João [et al.] – *Um estudo sobre a prática de cuidados preventivos nos cancros da mama e do colo do útero, em Portugal Continental*. Lisboa: Onsa, Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Ministério da Saúde, Março de 2005.

BRANNON, L.; FIEST, J. – Adhering to medical advice: health psychology. Califórnia, Pacific Grove: Brooks Cole publishing company, 1992.

CANCRO DO COLO ÚTERINO. In Manual Merck para a família [Em linha]. 2007. Secção 22/239 [Consultado em 24/05/2011]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.manualmerck.net/?id=109&cn=955](http://www.manualmerck.net/?id=109&cn=955)>.

CANCRO DO COLO DO ÚTERO: AS ULTIMAS DESCOBERTAS E AS MEDIDAS A TOMAR PARA TRAVAR O PAPILOMAVÍRUS HUMANO. In Sapo saúde [Em linha]. [Consultado em 24/05/2011]. Disponível em WWW:<[URL:saude.sapo.pt/.../cancro-do-colo-do-utero-previna-se.html](http://saude.sapo.pt/.../cancro-do-colo-do-utero-previna-se.html)>.

CANCRO DO COLO DO ÚTERO: UMA DOENÇA PREVENÍVEL. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 21. Nº 242, suplemento (Fevereiro 2009), p. 46.

CASTELLSAGUE, X.D. [et al.] – Worldwide human papiloma vírus etiology of cervical adenocarcinoma and its co-factors: Implications for screening and prevention. J Natl Câncer Inst. Vol. 98, (2006), p. 303-315.

CHAMPION, Victória L.; SPRINGSTON, Jeffrey – Mammography adherence and beliefs in a sample of low-income african american women. International Journal of Behavioral Medicine. Vol. 6, nº3 (1999), p. 228-240.

CIRINO, Simas Bastos [et al.] – Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. Escola Anna Nery [Em linha]. 14:1 (enero-marzo 2010), 1-10. ISSN 1414-8145. [Consult. em 12/07/2010]. Disponível em WWW:<[URL:http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127712632019.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127712632019.pdf)>.

DORON, Roland [et al.] - Dicionário de psicologia. Lisboa : Climepsi, 2001. 852 p. ISBN 972-8449-70-4.

DUARTE, João Carvalho – Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência. Porto: Universidade do Porto, 2008. P. 462. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto. Acessível na Biblioteca do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

FELICIANO, Cleusa; CHISTEN, Kelly; VELHO, Manuela Beatriz – Câncer de colo uterino: realização de exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. Rev. Enferm. UERJ [Em linha]. 18:1 (Jan/mar 2010), 75-9. [Consult. em 12/07/2010]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a13.pdf>>.

FERLAY, J. – Câncer incidence, mortality and prevalence worldwide. In IARC cancer base nº5. Version 2. Lyon, France, 2004.

FORTIN, M. - O processo de investigação: da concepção à realização. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003.

GIL, A.C. - Métodos e técnicas de pesquisa social. 4.ª ed. São Paulo, 1995.

GIRÃO, Ana – Novas perspectivas na prevenção do carcinoma do útero?: importância. Tecnologia médica. Lisboa. Nº 3, suplemento (Março 2001), p. 3-14.

GLAXOSMITHKLINE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, LDA – Cervical câncer and HPV : interactive encyclopaedia [CD-ROM]. [Lisboa] : GSK, 2006. 1 disco óptico electrónico.

GLAXOSMITHKLINE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, LDA –Actualizações em HPV e cancro do colo do útero : prevenção do cancro do colo do útero para todas as mulheres [CD-ROM]. Lisboa : GSK, 2007. 1 disco óptico electrónico. Vol. 2.

GRECA, A.; SCHUMAN, W. – Adherence to prescribed medical regimens. In M. Roberts, ed. lit. - Handbook of pediatric psychology. 2nd ed. New York, 1995, p. 25-70.

GROU, Fernanda Isabel Mestre – Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto. Enfermagem em Foco SEP. Ano XIX (Abril/Maio/Junho 2010), p. 26-29.

HICKIN, L. – Guia de saúde da mulher: o sistema hormonal. Lisboa: Selecções de Reder`s Digest, 2003.

INFO CANCRO – Tudo sobre o cancro do colo do útero. In [Em linha]. 2011. [Consult. em 22/01/2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.roche.pt/sites-tematicos/infocancro/index.cfm/tipos/cancro-do-colo-do-tero/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação da Prevenção e Vigilância – Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro. 2002. ISBN 85.7318-052-8.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU. Escola Superior de Saúde de Viseu. - Guia orientador de trabalhos escritos. Viseu, 2009. 61 f. Acessível na biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. - Metodologia científica. 2ª ed., São Paulo, Atlas, 1995.

LÉPORI, Luís Raul – Miniatlas da gravidez. 1ª ed. Carnaxide: Selectio, 2007.

MALHEIRO, Sónia Manuela Azevedo Gonçalves – Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa, unidade de Ponte de Lima, 2009. 83 p. Monografia apresentada à universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado em enfermagem. Acessível na Biblioteca da Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima.

MAROCO, J. – Análise estatística: com utilização do SPSS. Lisboa: Edição Silabo, 2007.

OGDEN, Jane – Psicologia da saúde. 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2004.

OGDEN, Jane – Psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi, 1999. ISBN 972-8449-16-X.

PAIS-RIBEIRO, José Luís – Reconstrução de uma escala de locus-de-controle de saúde. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra. Vol.15, nº 4 (Outubro/Dezembro 1994), p. 207-214.

OLIVEIRA, Carlos Frei; SILVA, Daniel Pereira; VILLA Luísa Lina - Infecção por HPV [Em linha]. (2010). [Consult. em 12/07/2010]. Disponível em WWW:<[URL](http://saude.sapo.pt/saude-medicina/saude-no-feminino/artigos-gerais/infeccao-por-hpv.html)>.

PAIS-RIBEIRO, José Luís – Psicologia e saúde. Lisboa: ISPA, 1998. ISBN 9728400-07-1.

PAIS-RIBEIRO, José Luís – Introdução à psicologia da saúde. 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2007. ISBN 989-558-045-2.

PATRÃO, Ivone; LEAL, Isabel – Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra de utentes do centro de saúde de Peniche. *Psicologia, saúde e doenças* [Em linha]. Lisboa. 3:1 (2002), 103-112. [Consult. em 12/07/2010]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n1/v3n1a07.pdf>>.

PAÚL, Constança; FONSECA, António Manuel – Psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 972-796-008-1.

PEREIRA, Andreia; ROCHA, Ana Maria A.C.; TAVARES, Fernando - Cancro do colo do útero: que rastreio? In *Actas XVI Congresso Anual da SPE* [Em linha]. (2008)1-8. [Consult. em 12/07/2010]. Disponível em WWW:URL:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9687/1/AMR_SPE_2009.pdf>.

PEREIRA, Maria da Graça, ed. lit. – Psicologia da saúde familiar: aspectos teóricos e investigação. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 978-972-796-286-0.

PESTANA, M. & GAGEIRO, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS*. Lisboa : Edições Sílabo, 2005.

PETIZ, Almerinda [et al.] – Consenso sobre cancros do colo, corpo do útero e ovário. *Sociedade Portuguesa de Ginecologia* [Em linha]. (Julho 2003), p. 1-19. [Consult. em 12/07/2010]. Disponível em WWW:<URL:www.spginecologia.pt/uploads/cancro_colo.pdf>.

PHIPPS, W.; SANDS, J. Marek. – *Enfermagem médico – cirúrgica*. 6ª ed. Loures : Lusociência, 2003.

PISTA, A. – Epidemiologia do HPV e doença associada. HPV e vacinação contra o cancro do colo útero. Conferência organizada pela Sociedade Portuguesa de Oncologia. Condeixa-a-Nova: SPO, Fevereiro 2007.

PISTA, A. [et al.] - Epidemiological study of the prevalence of HPV infection of women in Portugal : a cleopatre study . International Journal of Gynecological Câncer [Em linha]. 21 (6), (Agosto 2010), 1150-1158. [Consult. em 24/05/2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ObsSaude/Paginas/CLEOPATREPortugal.aspx>>.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette - Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-X.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto-Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas – Requisitos para a prestação de cuidados em oncologia [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009. [Consult. em 12/07/2010]. Disponível em WWW:<URL: http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/02/requisitos_prestacao_cuidados_do.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto-Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas - Plano nacional de prevenção e controlo das doenças oncológicas 2007/2010, (PNPCDO) [Em linha]. Lisboa: Alto-Comissariado da Saúde, Julho 2009. [Consult. 12/07/2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/09/pnpcdo-versao-final-8-julho-2009.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto-Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas – Indicadores e metas do PNS : taxa de rastreio do cancro do colo do útero. [Em linha]. Lisboa: Alto-Comissariado da Saúde, Dezembro 2009. [Consult. em 12/07/2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pdf/doencas-neoplasicas/taxa-de-rastreio-do-cancro-do-colo-do-utero/>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão Técnica de Vacinação - Vacinação contra infeções por vírus do Papiloma Humano (HPV). Lisboa: DGS, Maio 2008.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão Técnica de Vacinação – Programa Nacional de Vacinação (HPV) : introdução da vacina contra infeções por vírus do Papiloma Humano. Texto de apoio á Circular Normativa nº 22/DSCS/DPCD de 17 de Outubro de 2008. Lisboa: DGS, Outubro 2008.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº129/2001. D.R. I-B Série. 190 (2001-08-17).
Plano Nacional Oncológico 2001-2005.

REUNIÃO DE CONSENSO EM PATOLOGIA CERVICO-VULVAGINAL – Póvoa de Varzim:
Sociedade Portuguesa de ginecologia [Em linha]. [2004]. [Consult. em 24/05/2011].
Disponível em WWW:<<http://www.google.pt/search?q=consenso+ patologia+cervico-vulvaginal+povo+de+varzim&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls= org .mozilla:pt-PT:official&client= firefox-a>>.

REUNIÃO DE CONSENSO SOBRE CANCROS DO COLO, CORPO DO ÚTERO E OVÁRIO –
Cancro do colo do útero. Espinho: Sociedade Portuguesa de ginecologia, 2008.

ROBLES, SYLVIA C. [et al.] – Assessing participation of women in a cervical cancer
screening program in Peru. Rev. Panam salud publica [Em linha]. 25:3 (2009), 189-95.
[Consult. em 12/07/2010]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n3/a01v25n3.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n3/a01v25n3.pdf)>.

ROLDÃO, M. – Cancro do colo do útero: radioterapia externa e braquioterapia. Lousã,
Monitor – Projectos e Edições Lda, 2007.

SANTANA, Ercília A. [et al.] - Câncer cervical: etiologia, diagnóstico e prevenção. Arq.
Ciênc. Saúde [Em linha]. 15:4 (Out./Dez. 2008),199-204. [Consult. em 12/07/2010].
Disponível em WWW:<[URL:http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20304.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20304.pdf)>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. Secção Portuguesa de Ginecologia
Oncológica - Vacinas contra o HPV. Cascais: Secção Portuguesa de Ginecologia Oncológica,
2010. Reunião de consenso nacional Cascais, 19 e 20 de Março, 2010.

SEELEY, Rod R. [et al.] - Anatomia e fisiologia. 6ª ed. Loures : Lusociência, 2005. ISBN
972-8930-07-0.

SEELEY, Rod R. [et al.] - Anatomia & fisiologia. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop.
2003. ISBN 85-277-0822-1.

SILVA, Daniel Pereira – O cancro do colo do útero não escolhe idades: a prevenção também não. In Passapalavra [Em linha]. [2010]. [Consult. em 12/11/2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.passapalavra.com/>.

SOUZA, Andreia Braga; BORBA, Paola Colares – Exame citológico e os factores determinantes na adesão de mulheres na estratégia de saúde da família do município de Assaré. Cad. Cult. Ciênc [Em linha]. 2:1 (2008), 36-45. ISSN 1980-5861. [Consult. em 12/07/2010]. Disponível em WWW:<URL:http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/viewFile/17/17-57-1-PB>.

TAVARES, Fernando [et al.] – Programa de rastreio do cancro do colo do útero na região norte [Em linha]. [Porto] : Administração Regional de Saúde do Norte, IP, Março 2009. [Consult. em 12/11/2010]. Disponível em WWW:<URL :http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Planeamento%20Estrategico/Rastreios/RCCU%20-%20Programa.pdf>.

TROTTIER, Helen [et al.] – Infecções com múltiplos tipos de vírus do papiloma humano e risco de neoplasia do colo do útero. Revista de Obstetrícia e Ginecologia. Lisboa. ISSN 0873-0458. Vol. 31, nº 2 (Fevereiro 2008), p. 95-96.

**ANEXO I – Pedido de autorização para aplicação de
questionário**