



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**

À Deus, o maestro da vida, pois sem ele nada é possível;

À minha brilhante e maravilhosa orientadora, Doutora Manuela Ferreira, que dentro dos meus limites me apoiou e me orientou com a sua contribuição grandiosa e experiência.

Aos meus pais, Maria Alcides e Pedro Roque, pelo exemplo de carinho, amor e por sempre acreditar em mim;

As minhas irmãs Maely e Benúzia pela sua amizade, força e companheirismo;

Aos sobrinhos Mariana e Pedro;

À Liana Esmeraldo e Viviane Falcão pelos constantes apoio e orientação a esta dissertação;

À Conceição Ribeiro por está sempre presente em minha vida sempre nos momentos difíceis com uma palavra amiga;

Ao Doutor e Professor Amauri Aluísio da Silva, por ter-me orientado com brilhantismo, competência e dinamismo;

À Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho e à Escola Modelo Maria Thamar Leite da Fonseca pela disposição e colaboração em minha pesquisa;

Às amigas Mônica Andrade e Edwagner Cordeiro pelas suas ajudas e incentivos a dissertação.



## Resumo

**Enquadramento:** Na última década tem observado um significativo aumento de fatores de riscos associados a infecção pelo HPV em adolescentes, onde esta patologia representa um alto índice de morbidade e mortalidade que varia de acordo com os riscos sócio-demográficos, cognitivos, comportamentais e biológicos. As adolescentes são as mais vulneráveis a infecção pelo HPV.

**Objectivos:** Identificar o nível de conhecimento das adolescentes brasileiras a cerca do Exame Papanicolau e analisar as variáveis que interferem na adesão das adolescentes ao rastreio de HPV.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo com ênfase na coleta de dados por questionário, aplicado a 100 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos a frequentar uma escola de nível médio do município do Cabo de Santo Agostinho.

**Resultados:** As adolescentes tinham entre 15 e 16 anos (45%) maioritariamente evangélicas (65%). Observamos que apenas 35% das adolescentes entrevistadas realizaram o exame de Papanicolau. Demonstra, também, que o local de escolha para realização do exame Papanicolau foi na rede privada de saúde (51,4%). E por fim, o que leva às adolescentes procurarem a realização do exame Papanicolau foi a presença do corrimento vaginal (57,2%). (46,1%) não realizaram o exame por vergonha.

**Conclusão:** Os resultados apontam para a necessidade de uma transformação nos comportamentos dos profissionais de saúde, vendo a adolescente de forma holística valorizando sua cultura, família e comunidade, afim de fortalecer um vínculo baseado em confiança e respeito pela suas diferenças, motivando para comportamentos promotores de saúde sexual e reprodutiva. Ressalta ainda a necessidade de melhorar as condições de acessibilidade aos serviços para que a adesão aos rastreios seja mais significativa.

**Palavras-chaves:** Promoção à saúde; prevenção; câncer de colo de útero; adolescentes.



## **Abstract**

**Background:** In the last decade has seen a significant increase in risk factors associated with HPV infection in adolescents where this pathology is a high rate of morbidity and mortality that varies according to the socio-demographic, behavioral and biological hazards. Adolescents are the most vulnerable to HPV infection.

**Objectives:** To identify the level of knowledge of Brazilian teens about the Pap Test and analyze the variables that influence adherence of adolescents with HPV screening.

**Methodology** This is a descriptive, cross-sectional, quantitative with emphasis on data collection by questionnaire applied to 100 adolescents aged between 11 and 18 years attending a secondary school of Cabo de Santo Agostinho.

**Results:** The teenagers were between 15 and 16 years (45%) mainly Protestant (65%). We note that only 35% of surveyed teens underwent the Pap test. It also shows the location of choice for performing the Pap smear was in the private health system (51.4%). Finally, leading to the completion of the seek adolescents Pap smear was the presence of vaginal discharge (57.2%). (46.1%) did not perform the examination for shame.

**Conclusion:** The results point to the need for a transformation in the behavior of health professionals, seeing holistically teenager valuing their culture, family and community in order to strengthen a trust-based relationship and respect for their differences, motivating for promoting behaviors sexual and reproductive health. It also highlights the need to improve the conditions of accessibility to services for adherence to screening more meaningful.

**Keywords:** Health promotion; prevention; cervical cancer; adolescents.



"O progresso científico e tecnológico que não responde fundamentalmente aos interesses humanos, às necessidades de nossa existência, perde, para mim, sua significação".

Paulo Freire, 2010.



## Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	I
Lista de Quadros	II
Lista de Abreviaturas e Siglas	III
<b>Introdução</b>	<b>21</b>
<b>1ª PARTE – Enquadramento Teórico</b>	<b>25</b>
<b>1. Câncer de colo de útero e suas características</b>	<b>27</b>
1.1 Câncer de colo de útero	29
1.2 Papiloma vírus humano – HPV e suas características	30
1.3 Adesão ao exame preventivo	31
1.4 Promoção e prevenção de câncer de colo uterino nas adolescentes	33
1.5 Efeitos de campanhas para adesão ao exame Papanicolau	34
<b>2. Adolescência e suas variáveis</b>	<b>35</b>
2.1 Mudanças no corpo das adolescentes	38
<b>2ª PARTE – Estudo Empírico</b>	<b>35</b>
<b>3. Metodologia</b>	<b>54</b>
3.1 Tipo de Estudo	54
3.2 Questões de Investigação	54
3.3 Variáveis	55
3.4 Justificativa	55
3.5 Campo de Estudo	56

3.6 Métodos	56
3.7 Participantes	58
3.8 Caracterização demográfica	59
3.9 Instrumentos	62
3.10 Procedimentos	63
<b>4. Resultados</b>	<b>64</b>
<b>5. Conclusões</b>	<b>75</b>
<b>Referências bibliográficas</b>	<b>77</b>
<b>Anexos</b>	<b>85</b>

## Lista de Tabelas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1</b> - Distribuição das adolescentes por idade.	<b>59</b>
<b>Tabela 2</b> - Distribuição sóciodemográfica das adolescentes quanto à religião e o estado civil.	<b>60</b>
<b>Tabela 3</b> - Distribuição das adolescentes de acordo com a escolaridade	<b>61</b>
<b>Tabela 4</b> - Caracterização sóciodemográfica referente aos pais das adolescentes quanto a renda familiar e a escolaridade.	<b>62</b>
<b>Tabela 5</b> - Conhecimento das adolescentes sobre IST e se contraiu alguma IST.	<b>67</b>
<b>Tabela 6</b> - O conhecimento sobre o Câncer de Colo de Útero	<b>68</b>
<b>Tabela 7</b> - Realização do exame Papanicolau	<b>69</b>
<b>Tabela 8</b> - A não realização do exame Papanicolau	<b>70</b>



## **Lista de Quadros**

- Quadro 1 - Acesso aos serviços de saúde e qual o profissional procurado para o atendimento clínico. **65**
- Quadro 2 - Caracterização das adolescentes quanto a idade da menarca e coitarca. **66**



## Lista de Figura

Figura 1 - Desenvolvimento das mamas e o crescimento dos pelos pubianos 41



## **Abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACIP	Adivisory Committee on Immunization Prattices
ADOLEC	Projeto da Organização Panamericana de Saúde relativo a publicação sobre Adolescencia
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CCU	Cancer de Colo Uterino
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Humana
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Human Papiloma Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecções Sexualmente Transmissível
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intra Epitelial Cervical
OCE	Orifício Cervical Externo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa da Assistência Integral a Saúde da Mulher
SCIELO	Sientific Eletronic Libray Online

SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIM	Sistema de informação mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USG	Ultrassonografia
WHO	World Health Organization

## Introdução

O câncer do colo do útero ou cervical, é provocado pela infecção por alguns tipos (chamados oncogênicos) do Papiloma vírus Humano - HPV. É comum a infecção na genitália pelo vírus HPV, porém, na maioria das vezes não causa a doença, embora apresente alterações celulares e a ocorrência de câncer. É de fácil diagnóstico pelo exame preventivo (Papanicolau), têm cura na maioria dos casos. Sendo fundamental a realização periódica do exame (INCA, 2015).

Na população feminina é o terceiro em maior causa de morte, abaixo apenas do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte em mulheres com câncer no Brasil. Houve um avanço na capacidade de diagnóstico precoce quando comparado ao ano de 1990, onde 70% dos casos descobertos eram considerados na forma invasiva da doença, enquanto que atualmente, apresenta 44% dos diagnosticados estão enquadrados com lesão precursora do câncer, denominada *in situ*. A estimativa dos casos novos em 2014 é de 15.590, e em 2013 apresentou 5.430 mortes de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM (INCA, 2015).

Alguns estudos nortearam que o câncer é a transformação do DNA celular por mutação genética que começa a proliferar em forma de clone de maneira anormal com características invasivas, infiltrando nos tecidos em seguida ganhando os vasos sanguíneos e linfáticos. Estes mesmos estudos indicaram que, alguns fatores interligados a genético, familiar, dietas e outros, poderá influenciar na presença dos sintomas e sinais cancerígenos (Brunner, 2011, p. 1403). Para Carvalho (2009), o câncer de col o de útero se desenvolve em um período de 5 a 6 anos através da disseminação de células anormais de forma progressiva e gradativa se transformando no processo invasor.

Borges, Dotto, Koifman, Cunha & Muniz (2012), colocam que o Brasil apresenta uma maior prevalência na região Norte na presença do câncer de colo de útero. O Instituto Nacional de Câncer – INCA, demonstra em seu anuário de 2010 a 2011 um ranque que vem decrescendo significativamente aos outros tipos de câncer, porém na região Norte do país o câncer de colo de útero avança.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a cobertura de 80 a 85% de rastreamento da população de risco com o exame papanicolau. No Brasil a indicação para a realização do exame está na faixa etária de 25 a 59 anos, com periodicidade anual, sendo trienal quando dois exames anuais seguidos apresentam resultados negativos para displasia ou neoplasia. Neste momento existem poucos estudos a respeito do exame Papanicolau realizados nas adolescentes brasileiras,

mas outros estudos indicaram que existe uma maior frequência das regiões sudeste e sul do país (Martins, Thuler, Valente, 2005).

O que nos motivou para a realização do estudo foi a vivência na atenção básica com adolescentes nas diversas fases, com transformações biopsicológicas na região nordeste do Brasil onde desempenhamos um papel fundamental na educação para a saúde da população, além da participação e colaboração com as instituições de ensino, com a palestras educativas, grupos operacionais, coordenação de programas no posto de saúde e aulas teóricas e práticas ministradas aos grupos de formação do curso de Enfermagem e de outros grupos operacionais de formação de nível Médio e Fundamental que atendem a faixa etária de trabalhos preventivos.

Como objetivo de promover a Saúde das adolescentes e demonstrar a importância dos índices epidemiológicos de morbimortalidade em mulheres que são tratadas com diagnóstico da câncer de colo de útero, e considerando que esta neoplasia é totalmente curável dependendo da fase em que foi detectado, sendo identificado através de um exame rápido e indolor. Busca-se com este estudo identificar os motivos que levam as adolescentes a não adesão ao exame Papanicolau.

Todo processo passou a ganhar forças e adesão após exaustivo trabalho de Orientação e Fundamentação nos encontros Individuais e Grupal. Traçamos objetivos para responder à pergunta inicial. O que realmente era apenas uma ideia e com muitas necessidades de fundamentação, foi surgindo com um refinamento a medida que o trabalho era desenvolvido. Abaixo são descritos as questões de investigação e os objetivos.

Este foi um dos panoramas que se desenhou na problemática e nos motivos de querer saber mais sobre o tema em questão. Se com o trabalho de especialista conseguimos interagir e conhecer as necessidades das adolescentes, tínhamos uma noção básica que apenas uma pequena parte do problema seria desvendada. Uma investigação, geralmente, origina diversas questões possíveis de serem investigadas e, tendo por base, as mesmas razões do trabalho que já foi elaborado dentro dos programas de saúde da família, outras inquietações foram entretanto surgindo através da nossa vivência e reflexão. A questão centralizadora deste trabalho que foi o fio condutor: **Quais as dificuldades das adolescentes em aderir ao exame Papanicolau?**

Para responder a esta pergunta seguiu-se um conjunto de passos que foram desde a objetivação do que se pretendia com o estudo, sua finalidade, passando pela

seleção das informações, o método, de recolha das informações, tratamentos dos dados e análise da informação. Além das questões que foram surgindo e sendo respondidas pela pesquisa efetuada.

Objetivos:

- Identificar o grau de conhecimento das adolescentes sobre o exame papanicolau;
- Analisar as variáveis que interferem na adesão das adolescentes ao rastreio de HPV.

Para que o trabalho atenda aos requisitos necessários do Mestrado em Educação para Saúde e aos seus objetivos, seguimos através de um conjunto de passos que se iniciaram com a pesquisa bibliográfica de autores que apresentassem opiniões diversificadas sobre o tema e uma visão da ação nas opções trabalhadas na metodologia aplicada ao trabalho com adolescentes.

Começamos com um levantamento do grau de informação e quais os conceitos oferecidos pelas adolescentes sobre o tema em questão na Escola. Antes da realização do exame Papanicolau com as adolescentes procuramos preencher alguns formulários e aplicamos os questionários, com apoio do Consentimento Informado, para a identificação do grau de conhecimento que elas possuíam sobre o exame e para que servem estas indicações.

Foram apresentados ao programa de Orientação e explicação, sobre as questões preventivas, com uma quantidade de 345 alunos, destes, apenas atenderam as nossas exigências 100 delas que foram identificadas pelas na escola.

O estudo foi do tipo descritivo e exploratório na medida em que foram oferecidos os subsídios que possibilitaram uma melhor orientação para atender as adolescentes, principalmente para que elas possam cuidar melhor do seu corpo e transferir algumas informações importantes sobre o exame para suas colegas e seus familiares. Desta forma pensamos em contribuir para a humanização dos cuidados preventivos, melhorar a qualidade de vida das adolescentes e dos seus familiares com satisfação das partes envolvidas: Professores, Enfermeiros, Médicos, Psicólogos e outros que deram suas contribuições para essa investigação. Diante desta informações foram recolhidos elementos para a construção de um guia para avaliação do conhecimento de todos.

Pensamos que hoje, após os encontros semanais e ou mensais, os alunos desta escola e os profissionais envolvidos tenham sucesso e correspondam às expectativas e necessidades pessoais. Trabalhar com adolescente com o objetivo de promover sua saúde e protege-las dos potenciais problemas, capacitá-las de

conhecimentos básicos, reque um espírito crítico e reflexivo. A adolescente passa a contactar com diversas realidades díspares por isso deve saber adapta-se continuamente a cenários diferentes, impostos pela diversidade do ambiente individuais e coletivos.

Este trabalho insere-se no âmbito do 1º Mestrado de Educação para Saúde. O estudo que nos propusemos realizar sob a forma de dissertação para apresentar o processo e os resultados da investigação e estar estruturado em duas partes:

Parte I – Integra a revisão da literatura que pensamos ser seletiva; dada a diversidade de informação sobre o tema, tivemos que seleccionar dos diversos autores a informação que mais se mostrou adequada e pertinente para condução teórica da investigação. Esta parte esta dividida em dois capítulos: no primeiro abordamos a Promoção da Saúde do Adolescente, fundamentamos nas questões educativas e de conhecimentos; Efeitos de campanhas para adesão ao exame Papanicolau; o segundo trata da adolescência e suas nuances.

A Parte II - está constituída pela apresentação dos procedimentos metodológicos que suportam o estudo: tipo de estudo, questões de investigação, variáveis, justificativa, campo de estudo, métodos, participantes, caracterização demográfica, instrumentos com levantamento de dados e procedimentos éticos tidos em consideração; descrevemos com pormenores os estudos que nos levaram à concretização dos objetivos propostos para a investigação. Posteriormente apresentamos os dados dos nosso estudos e realizamos a discussão fundamentada na interpretação dos dados. Terminamos com uma reflexão final e com algumas sugestões.

***PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO***

---

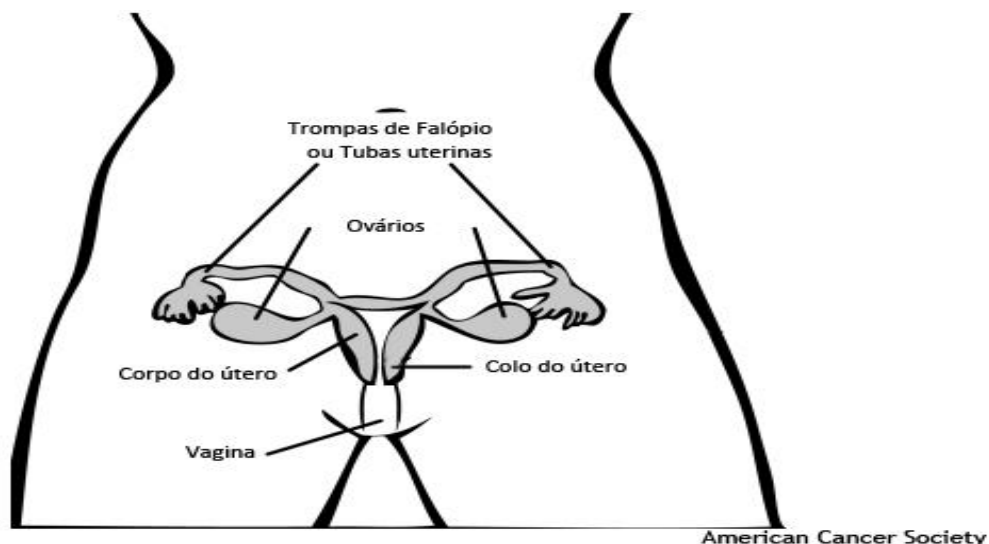


## 1. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E SUAS CARACTERÍSTICAS

O colo de útero é composto por duas partes interna que é revestido por uma única camada de células cilíndricas produtoras de muco-epitélio colunar simples no qual denominamos canal cervical ou endocervice. Enquanto a parte externa é revestida por um tecido de várias camadas células planas-epitélio escamoso e estratificados. Entre esses dois epitélios existe uma junção escamo-colunar (JEC) que varia de acordo com a localização e situação hormonal da mulher. Sendo um exame de baixo custo e eficaz na detecção precoce e tratamento no estágio inicial, de acordo com a OMS, esse rastreamento é elevado para um índice de 80% de cobertura e realizado dentro dos padrões de qualidade ocorre uma diminuição das taxas de incidência e mortalidade pelo CCU (Siqueira, 2014).

O útero é dividido em corpo e colo. O colo fica dentro da vagina na parte inferior do útero. Este útero se localiza no quadrante inferior do abdomen, na frente do reto e atrás da bexiga. Os órgãos genitais feminino é compreendido em duas estruturas uma externa e outra interna e o órgão endócrino com as glândulas pituitária e hipotálamo. A genitália externa (vulva) formado pelo monte vênus, prepúcio, clitóris, grandes lábios, meato urinário, pequenos lábios, hímen, períneo e ânus. E a interna com a estrutura reprodutiva consistindo em vagina, útero, ovários e tubas uterinas ou de Falópio (Brunner, 2011).

O útero é fundamental na saúde da mulher principalmente por questões anatômicas, funcionais, anatômicas, histológicas e patológicas. O corpo do útero, encontra-se no centro, formando o canal do colo do útero (canal cervical), que tem forma cilíndrica e comunica a cavidade endometrial com a vaginal (Oncoguia, 2016).



Fonte: American Cancer Society, por Oncoguia, 2016.

O colo é coberto por células escamosas (ectocérvice) e as células glandulares (endocérvice), as células são localizadas na zona de transformação, onde a maioria dos cânceres se originam. Próximo ao colo do útero existem gânglios linfáticos, que fazem parte do sistema linfático (Oncoguia, 2016).

Diante da complexidade que é a mulher com um conjunto de situações, desde a prevenção, promoção e recuperação da saúde conforme descrito na constituição, o Ministério da Saúde, cria em 1983 o Programa da Assistência Integral a Saúde da Mulher-PAISM, atenção Federal à Saúde da Mulher que deixa de tratar apenas às questões materno-infantil para tratar a saúde como um todo, em todas as etapas da vida, o programa trabalha as doenças ginecológicas prevalentes, a prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, além de assistência às mulheres vítimas de violência (Brasil, 2011). Posteriormente com a portaria 3925/98, que aprovado como Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde para subsidiar os profissionais na atuação junto a mulher, outro programa criado pelo Instituto Nacional do Câncer- INCA, foi o Viva Mulher, criado em 1996 e lançado em 2011, direcionado para o Câncer de Colo de Útero e Mama, buscando a morbimortalidade entres mulheres de 25 a 69 anos (Brasil, 2015a).

O Ministério da Saúde lançou em março de 2011 o plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, com os seguintes eixos temáticos: controle do câncer do colo do útero (garantir o acesso ao exame preventivo com qualidade às mulheres de 25 a 69 anos de idade e qualificar o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras desse câncer), controle do câncer de mama e ampliação e qualificação da assistência oncologica (Brasil, 2015a).

Em 2014 o Ministério da Saúde (MS) como ação estratégica qualificou 596 laboratórios em 20 estados para realização de exames com o objetivo de detectar o câncer de colo de útero (INCA, 2014).

Adiante subdividiremos o primeiro capítulo em: câncer de colo de útero, Papiloma vírus humano - HPV e suas características, Adesão ao exame preventivo, Promoção e prevenção do colo de câncer uterino nas adolescentes e Efeitos de campanhas para adesão ao exame Papanicolau.

### 1.1 Câncer de colo de útero

Para Queiroz (2006) o câncer de colo de útero se desenvolve de forma lenta por meio de uma lesão precursora do epitélio na junção escamo colunar. Existindo vários fatores de riscos que são: falta de informação a exposição ao Papiloma Vírus Humano (HPV), uso do tabaco, precocidade nas atividades sexuais, baixo nível socioeconómico, baixa escolaridade, inúmeros parceiros sexuais, imunidade baixa, higiene inadequada e outros.

Ribeiro, Reis, Oliveira, Alcoforado & Oliveira (2014) também relatam como fatores de riscos o baixo nível de escolaridade, baixa condição sócio económico, uso de tabaco, atividade sexual iniciada muitas vezes precocemente, multiplicidades de parceiros, a falta de informações sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) destacando o Papiloma Vírus Humano (HPV) e infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Levando esses adolescentes a condição de vulnerabilidade.

Este diagnóstico tardio pode revelar alguns fatores para ocorrência deste fato como: má qualidade e quantidade insuficiente dos serviços oncológicos fora dos grandes centros, falta de capacitação dos profissionais de saúde, unidades esgotadas pela demanda, e por fim falta de capacidades dos gestores municipais e estaduais em direcionar e garantir os fluxos assistências a essas mulheres tanto na atenção básica como na média e alta complexidade (Silva, 2013).

A alta incidência e a elevada taxa de mortalidade por câncer de colo uterino no Brasil traz a necessidade de estratégias de promoção à saúde, prevenção, detecção precoce, tratamentos e cuidados paliativos dentro desta perspectivas. Sendo de fundamental importância o fortalecimento das políticas públicas (Brasil, 2013). No Brasil, para 2016, estão estimados 16.340, desconsiderando os tumores de pele não melanomas, a região que tem como primeiro lugar o câncer de colo do útero é a Norte, em segundo lugar é o Centro-oeste e o terceiro lugar o Nordeste (Brasil, 2016).

O câncer do colo do útero é o tumor de maior possibilidade de prevenção excetuando o câncer de pele não melanoma (Thuler; Bergmann; Casado, 2012 apud Corrêa, 2014, p.29). Apesar dos fatores associados a evolução do câncer de colo do útero, principalmente pela longa história natural da doença, possui várias oportunidades de prevenção como educação sexual, profilaxia ao vírus HPV pela vacinação relacionados a prevenção primária, já na prevenção secundária com a realização do exame citopatológico do colo de útero (Brasil, 2011b; Denny, 2005 apud Corrêa, 2014, p.30).

Por ser associado ao baixo nível socioeconômico, o CCU pode estar presente nas diversas regiões do mundo, com maior incidência em países em desenvolvimento. Sendo esta população a que se concentra grandes dificuldades no acesso a rede de serviços de saúde para a detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, devido as suas dificuldades econômicas e geográficas, deficiência de serviços de saúde e suas questões culturais direcionadas à realização do exame ginecológico (Arossi; Sankanarayanan; Parkin, 2003; Brasil, 2012; Cordeiro et al., 2005 apud Ribeiro, 2012).

O responsável pela grande maioria das mortes de mulheres em idade precoce se deve a baixa cobertura do exame, a inadequação na coleta e na emissão de laudos colpocitológicos e falta de informação do exame e a dificuldade significativa do controle desse tipo de câncer, sendo que, ao considerar os fatores biopsicossociais, que conferem a esse tipo de neoplasia, o título de problema de saúde pública na América do Sul e em diversos países em desenvolvimento, visto que devido ao seu potencial de cura há uma necessidade de ações que estimule todas as mulheres a aderirem ao exame Papanicolau e acompanhe os seus resultados (Vasconcelos, 2010 e Silva, Silveira & Gregório, 2012 apud Ribeiro, Reis, Cortez, Oliveira, Alcoforado e Oliveira, 2014, p. 547).

Alguns destes autores nomearam dentre os fatores de riscos para o cancer de colo de útero as infecções causadas pelo papiloma vírus humano - HPV, múltiplos parceiros questões, socioeconômicas, múltiplas gestações, usos de contraceptivos orais sem acompanhamentos, tabagismo, tratamentos Imunossupresores, infecção provocadas pelos vírus Imunodeficiência adquirida – HIV e outras doenças sexual mentes transmissíveis que dificultam o diagnóstico e seu tratamento (Silva, Silveira & Gregório, 2012 apud Ribeiro et. al, 2014, p. 547).

## 1.2. Papiloma vírus humano - HPV e suas características

O Papilomavirus humano - HPV é um vírus que precede ao câncer de colo de útero, neste período da adolescência vem a descoberta do prazer sexual ou não da sexarca, é a fase mais vulnerável levando muitas vezes a baixa adesão ao uso da camisinhas, a multiplicidades de parceiros e conseqüentemente levando a ocorrer gravidez indesejada, infecção sexual transmissíveis, observando-se um aumento de achados citopatológicos em adolescentes sexualmente ativas, com isso, na década de 70 foi registrado um aumento de 3% e na década de 90 um aumento de 20% (da Cruz & Pereira, pp. 34-42, abril 2013).

Infecção sexualmente transmissíveis que mais acomete pessoas jovens e sexualmente ativa apresenta-se elevada, onde na mesma frequência que aparece o mesmo desaparece em resposta a um sistema imune. Existem mais de 100 tipos de cepas, os mais comuns são os tipos 6 e 11 que são os mais baixo para os riscos de câncer cervical. Enquanto algumas cepas (16, 18, 31, 33 e 45) estes podem afetar o colo do útero que aparecem no esfregaço de Papanicolau, decorrentes de alguns fatores: ser jovem, ser sexualmente ativo, multiplicidades de parceiros, realizar sexo com parceiros que tem ou teve vários parceiros (Peters, 2011).

Adquirido por meio de relações sexuais, o Papilomavirus humano – HPV, em sua maioria sofre uma espécie de clearance, em média dois anos e na minoria das mulheres a infecções por HPV podem persistir, em indivíduos com infecção por HPV de alto risco persistente tem um risco aumentado de desenvolvimento de pré-câncer cervical, ou Neoplasia Intra Epitelial Cervical III (NIC). As NICs III são candidatas ao rastreio pois mais de um terço deles irá evoluir para o câncer cervical invasivo dentro de 10-20 anos (Gravitt, 2011, p.4593-4599).

O Papilomavirus humano - HPV tem várias formas clínicas, como lesões verrucosas, neoplasia intraepitelial cervical, vulvar e vaginal, câncer anal e genital. A maioria é assintomática e transitória. Apenas aproximadamente 2% dos casos evoluem para neoplasia intraepitelial e câncer (em aproximadamente 15 anos). Incluem-se entre os fatores para susceptibilidade de transformação neoplásica a presença de HPV oncogénico, especialmente os tipos 16 e 18. Outros tipos menos comuns são os HPV 31, 33 e 45 (Arozqueta, Lopes, Fernandes, Bueno, Garcia e Chaves, 2011, p.6-12).

## 1.3 Adesão ao exame preventivo

As questões da adesão ao exame preventivo do HPV que é um teste realizado para detectar alterações nas células do colo do útero, que poderá ser chamado,

popularmente de esfregaço cervico vaginal e colpocitologia oncótica cervical, historicamente conhecido como Papanicolau foi uma homenagem ao patologista grego Georges Papanicolaou, criador do método no início do século passado. É considerada uma das ações ou estratégia primordial para detecção de lesões precoces, que poderá realizada em qualquer posto ou unidade da rede pública com ações preventivas (Brasil, 2011).

O exame de HPV é indolor, simples e rápido e, que pode, em alguns casos, causa um simples desconforto provocado pela tensão emocional e que se reduz de imediato quando a mulher consegue relaxar e quando todo procedimento é realizado delicadamente e com o especialista (Brasil, 2011).

As hipóteses deliberadas e problemáticas da adesão a coleta do Papanicolau foram citadas com a dificuldade de acesso aos serviços; a crença de que não apresentam queixas ginecológicas e é saudáveis; o medo em relação ao diagnóstico e ao próprio método de coleta do exame; sentimento de constrangimento, vergonha, embaraços e desconforto físico; divulgação do exame sua importância, finalidades deste tipo de exame para saúde física e mental. (Rodrigues et al, 2012; Thum et al, 2008; Reis et al., 2010 apud Santo & Souza, 2013).

O exame preventivo para o rastreamento do HPV é disponibilizado a todas as mulheres, porém com prioridade àquelas entre 25 e 64 anos em atividade sexual (INCA, 2014). De acordo com alguns trabalhos, devido a globalização e a precocidade da atividade sexual, a faixa etária não é justificável pois a incidência de lesões são encontradas em adolescentes possibilitando tratamento precoce (Casarin, Piccoll, 2011, INCA, 2014 apud Ribeiro, 2014, p. 548).

Além do HPV, outros fatores de risco para o câncer são mulheres jovens, com início precoce da atividade sexual, tabagistas, mulheres com múltiplos parceiros sexuais e imunossuprimidas. A frequência com que a infecção por HPV acomete as mulheres reduz com o avançar da idade em mulheres com citologia normal ( Nomelini et al., 2007 apud Guimarães, 2012). O tabagismo, particularmente, pode ser considerado fator independente relacionado a lesões cervicais precursoras e câncer invasivo. (BOSCH et al., 1992; SARDANA et al., 1994; MURTA et al., 1998; DERCHAIN et al., 1999; MUÑOZ et al., 2001 apud Guimarães, 2012). Àquelas usuárias que tiveram seus exames com resultados alterados por HPV aparecem com um percentual de reduzido de aproximadamente de 85% (MITCHELL et al., 1986; MURTA et al., 1999 Guimarães, 2012).

Para as adolescentes que não aceitam e não atendem a proposta dos programas de saúde é porque deva existir um sentimento de desconforto físico e psicológico frequente que são comentados na sala de espera entre as mulheres, estes sentimentos são refletidos nas relações estabelecidas entre os usuários e os profissionais de saúde. Uma das contribuições para tal sentimento são em geral a falta de explicações do significado do exame, a realização de forma fria e descuidada dos profissionais que fazem a coleta, a impossibilidade de políticas efetivas de ações educativas e auto conhecimento a cerca do exame.

Em um estudo sobre os fatores relevantes à não realização do exame papanicolau em acadêmicas de enfermagem da Unigran algumas acadêmicas (24%) relataram vergonha de realizar a prevenção, como também, 22% delas se consideravam muito nova para submeter-se a esse tipo de exame. Em mulheres que vivem com companheiro a adesão foi maior (Carvalho, Rodrigues & Santos, 2011). Diante deste fatores e os aspectos subjetivos que envolvem o modo de se ver, vergonhas, questões culturais que envolvem a formação, informação da mulher e do profissional que realiza o exame (Matão, Miranda, Campos, Machado & Ornelas, 2011).

Para que tudo ocorra de acordo com as propostas dos Programas preventivos se faz necessário uma maior efetividade nas práticas de saúde, nas políticas educativas populares, no rastreamento das mulheres que não realizam exames periódicos, na capacitação dos profissionais de saúde que realizam tais procedimentos. Procura ver a mulher como ser biopsicossocial complexo e considerar sua posição social ao longo da história que poderam auxiliar na composição e execução de novas campanhas , novos projetos e novas condutas para as mulheres que procuram as unidades de saúde para realização de exames do tipo HPV (Guimarães et al., 2012).

#### 1.4 Promoção e prevenção de câncer de colo uterino nas adolescentes

Com o aumento do Programa de Atenção Integral a Mulher – PAISM visando a cobertura e a eficácia nos serviços públicos que tratam do câncer de colo de útero e que integram equipes multidisciplinares para que torne o atendimento de nível primário a tempo e de forma eficaz que poderá beneficiar todos os usuários e gestores de saúde, pois tendo diagnóstico precoce destas doenças, é desnecessário encaminhar estas mulheres para exames e tratamentos de alto custo e de alta complexidade (Goldbaum et al., 2005 apud Macedo, 2013). Dessa forma é importante uma abordagem diferenciada para essas adolescentes no nível da atenção básica por

profissionais de saúde, com uma equipe multidisciplinar seja algo que venha a mudar o contexto atual. Tendo como objetivo maior o aumento de adesão dessas adolescentes a realização do exame Papanicolau prevenindo o câncer de colo útero o mais precocemente possível. Fortalecendo assim ações de promoção e prevenção a saúde na assistência deste grupo alvo compreendido a partir de modelos onde o modo de ver e viver dessas adolescentes são considerados importantes reafirmando um fenômeno universal de ser adolescente (Macedo, 2013).

Para a OMS as doenças como: gonorréia, sífilis, cancro mole e linfogranuloma venéreo e outras como também donovariose, herpes genital, condiloma acuminado, tricomoníase, candidíase, uretrite não-gonocócica, uretrite e endocervicite, hepatite B, pitiríase, pediculose e AIDS são de cume epidemiológico que são doenças sexualmente transmissíveis, contudo o contato sexual não sendo o único meio de transmissão. Devido as subnotificações destas doenças, fato este explicado pela notificações das IST's não ser compulsória (exceto HIV, Sífilis Congênita, Síndrome do Corrimento Uretral e Corrimento Cervical (sintomático), Herpes Genital (apenas o primeiro episódio), Condiloma Acuminado resulta num problema de saúde pública, pois tão importante quanto diagnosticar é tratar estas pessoas onde na maioria das vezes estas buscam tratamentos em locais não-oficiais e farmácias (WHO, 2005).

Para Munoz et al. (2003) o HPV é transmitido através de um contato direto com o tecido epitelial, durante a relação sexual com um parceiro infectado é a via mais comum, após a infecção do vírus HPV nas células basais ocorre a perda da integridade da pele ou mucosa onde facilitará este acesso do vírus ao trato ano-genital, mas segundo Winer et al., 2003 a inoculação do vírus pode ocorrer através de fômites, por auto-inoculação ou perinatal e por contatos sexuais sem penetração.

#### 1.5 Efeitos de campanhas para adesão ao exame papanicolau.

É importante fornecer orientação quanto aos cuidados que se deve ser tomados antes da realização do exame para não influenciar os resultados faz parte das orientações evitar duchas, cremes vaginais, não ter relações sexuais 48 horas e não estar menstruada (Smeltzer & Bare, 2005 apud Peters & Nascimento, 2010). Estas informações é ideal para evitar falhas técnicas na coleta e nos resultados.

Alguns países da América do Sul demonstraram que as taxas de prevalência do HPV estão entre 15% e 20% em mulheres sexualmente ativas. Este estudo, também norteou que a concentração dos casos, na sua maioria em duas faixas etárias; a com idade inferior a 25 anos, destacando-se as adolescentes, e a com idade entre 35 e 45 anos (Munoz et al., 2003).

## **2.ADOLESCÊNCIA E SUAS VARIÁVEIS**

Para a Organização Mundial da Saúde – OMS e o Ministério da Saúde, a adolescência é considerada dos 10 anos de idade aos 19 anos (SÃO PAULO, 2006). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu 2º artigo da lei 8.069/90 coloca que o adolescente representa todas as pessoas entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2008).

A adolescência é largamente aceita como um período transicional entre a infância e a maturidade, marcada por mudanças biofísicas e biospsíquica que estão delimitadas numa faixa etária específica. O termo adolescente poderá ser entendido, também, pelo significado de crescer. Este termo foi empregado pela primeira vez na língua inglesa, em 1430, atribuído aos meninos com idade entre 14 e 21 anos e as meninas, 12 a 21 anos (Ferreira e Farias, 2010).

Macedo (2013) compreende que a adolescência é um período passageiro entre a infância e a maturidade, onde ocorre transformações físicas e psicológicas que esta restrito numa faixa etária de 10 aos 19 anos de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) determinado por mudanças biopsicossociais como: voz, altura, surgimento dos pelos pubianos, pênis e testículos, aparecimento do pomo-de-adão, a 1º ejaculação, aumento dos seios, a ampliação dos quadris, a primeira menarca, um olhar diferenciado para o sexo oposto, preocupação e interesse em agradar, e ser diferente para o outro, numa construção de nova identidade.

A puberdade é marcado por transformação na adolescência levando-os a gerarem comportamentos que conseqüentemente os deixaram numa condição de vulnerabilidade de acordo com a época e tempo. Neste contexto, surge a idéia de crise onde o adolescente se apresenta como problemático ficando difícil de diferenciar entre o que é normal e patológico (Macedo, 2013).

Enquanto isso para o Estatuto da Criança e o Adolescente (ECA) a faixa etária fica entre 12 e 18 anos e para Organização Mundial de Saúde (OMS) essa faixa etária estar entre os 15 a 24 anos referenciado como juventude onde é adotado para fins políticos e estatísticos (ECA, 2010).

Sendo primordial que esses adolescentes sejam informados quanto as transformações fisiológicas que ocorrem no seu corpo no período de transição entre a infância e a maturidade, levando-as a compreender a essas mudanças biológicas e

psicológicas que se apresentam nessa fase de sua vida. Fazendo com que reflitam quantos aos fatores de riscos onde elas podem ser vítimas do câncer de colo de útero (Macedo, 2013).

É recomendado a presença de um mais profissional de saúde no consultório no momento do atendimento ou um familiar, caso o adolescente permita, porque nesta fase a uma criação de um mundo imaginário com fantasias na área sexual, conseqüentemente protegendo, assim, este profissional de saúde de situações constrangedoras. Durante o exame é de fundamental importância que o profissional de saúde estabeleça um diálogo de forma clara e compreensível aos achados durante o exame físico evitando assim, um aumento da ansiedade deste adolescente. Pois nesta fase de vida estes adolescentes muitas vezes se encontram conturbados, com desorganização de idéias, buscando ansiosamente a sua identidade (Porto,2004).

É importante uma criação de vínculo com relação de confiança e segurança entre profissional de saúde e o adolescente, e com a participação da família conseqüentemente criando-se um vínculo entre os três, resultando em um atendimento digno e de qualidade para esses adolescentes. No decorrer da consulta do adolescente, durante o exame clínico, deve ser realizada uma avaliação antropométricas, no qual é visto peso e altura em relação a idade e sexo do adolescentes de acordo com os critérios de Tanner (desenvolvimento Puberal Feminino e desenvolvimento Puberal Masculino) critérios estes que avaliam a sua maturidade sexual. Avaliando, estes adolescente como um todo em suas diferentes dimensões e processo de crescimento e maturação. Oferecer também a estas adolescentes a realização do exame Papanicolau e outros, falando da importância deste exame e seu preparo para realização conseqüentemente levando-a a refletir para o seu auto-cuidado (Porto,2004).

Antes de iniciar a realização do exame Papanicolau, deve iniciar uma atividade educativa no local calmo e privativo, onde as mesmas podem tirar suas dúvidas, diminuir seus anseios e medo em relação ao exame e coleta deste exame. Para compreensão dessas mulheres no momento da coleta deve ser mostrado os materiais utilizados como espéculos, pinça de cherron, espátula de Ayres, lâmina fosca, etc., através de uma linguagem clara e objetiva. Orientar as mulheres que antes da realização do exame é recomendado que: não tenha relação sexual com penetração 48h antes da coleta; não estar menstruada, melhor período para coleta do 12º e 16º dia do ciclo; não usar medicamentos e nem ducha 04 dias antes; não realizar USG Endovaginal; mulher grávida pode realizar o exame, onde colheremos apenas , o material da ectocérvice; e mulheres histerectomizadas, onde será colhido o material

da cúpula vaginal; e aprazar para 30 dias para a mulher ir buscar o resultado do seu exame (Prefeitura do Recife, 2004).

No decorrer da coleta do exame Papanicolau é retirado o material da porção externa do colo do útero (ectocérvice), através de uma espátula de Ayres no orifício cervical externo - OCE fazendo um giro 360°, acompanhando todo o seu formato, logo após, colocando o material rente a lâmina. Na porção interna do colo uterino, localizado no canal cervical (endocérvice) é introduzido toda cerda da escovinha endocervical no (O.C.E) fazendo um giro de 360° sem forçar e em seguida colocar o material na lâmina em movimento giratório percorrendo a metade da lâmina. Após, proceder com a fixação da lâmina com polietilenoglicol ou álcool a 96°. Em sequência, armazenadas em tubos de plásticos, com tampa de rosca, identificadas com lápis grafite, colocando as iniciais do nome da mulher, o número da lâmina, iniciais da unidade de saúde e encaminhadas ao laboratório (Prefeitura do Recife, 2004).

O Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) do CDC (2006) recomenda a implantação de uma vacina chamada Gardasil contra quatro cepas que provocam a maioria dos casos de câncer cervical. Esta vacina deve ser administrada nas meninas de 11 aos 12 anos antes de iniciar atividade sexual. Administração deve ser em 03 doses, por via intramuscular, a dose inicial seguida da segunda dose dentro de 2 meses e a terceira dose após 6 meses da primeira. Esta vacina juntamente com o exame de Papanicolau, tem a possibilidade de diminuir o câncer de colo de útero relacionada ao HPV (Brunner, 2011).

No Brasil, em 2014 o Ministério da Saúde (MS), implantou no esquema vacinal do adolescentes, administração da vacina HPV, numa faixa etária de 11 a 13 anos para as meninas representando 90% da população alvo. No esquema de 0,6 e 60 meses, sendo de importância a garantia da segunda dose para poder ter a proteção contra o vírus HPV até administração da terceira dose após 05 anos da primeira. A vacina é quadrivalente oferece proteção contra os 4 tipos, onde os números 6 e 11 são os que as causam verrugas e os 16 e 18 que são os responsáveis em 70% pelas neoplasias no colo de útero.

Sendo assim, é relevante a investigação do nível de adesão das adolescentes quanto a realização do exame de prevenção do câncer de colo de útero, exame Papanicolau.

## 2.1 Mudanças no corpo das adolescentes

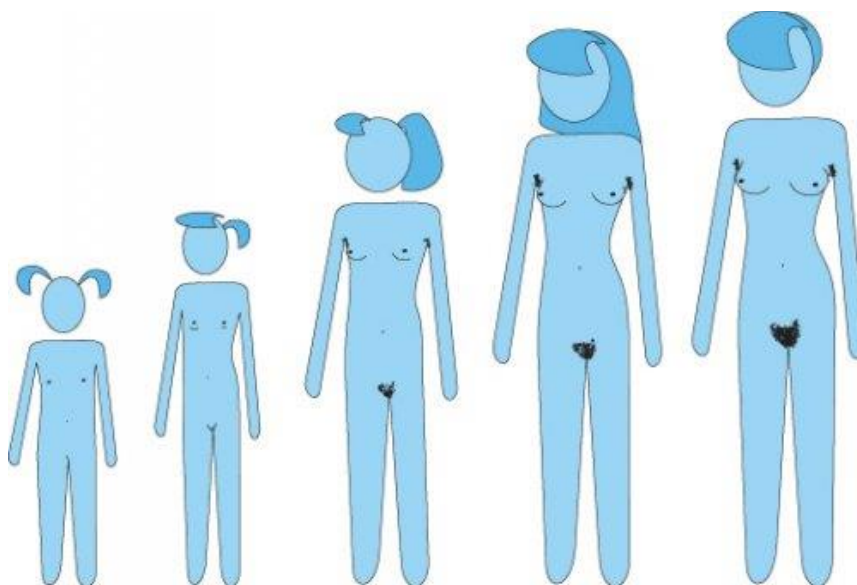
Na área da ciência naturais ao ensinar sobre corpo humano, inclui-se os principais órgãos e funções da aparelho reprodutor masculino e feminino, relacionando

seu amadurecimento às mudanças no corpo e no comportamento de menino e menina durante a puberdade e respeitando as diferenças individuais. Seu desenvolvimento deve oferecer critérios para discernimento de comportamentos ligados á sexualidade de forma responsável e prazerosa que demandam privacidade e intimidade, assim como reconhecimento das manifestações da sexualidade passíveis de serem expressa na escola, família e no seu cotidiano.

Para o portal vivendo a adolescência (Brasil, 2016), as modificações ocorridas na adolescência são:

- O desenvolvimento das mamas (seios);
- A cintura fica mais fina;
- O quadril se desenvolve;
- Aparecimento de pelos, principalmente embaixo das axilas e na região pubiana (da vagina);
- Ocorre a Menarca (primeira menstruação, entre os 10 a 12 anos de idade);
- A vagina fica com a parede mais espessa;
- O útero aumenta de tamanho;
- Aumenta a irrigação sanguínea do clitóris;
- A voz também muda ficando um pouco mais fina;
- Crescimento em altura acelera;

Figura1. Desenvolvimento das mamas (seios) e o crescimento dos pelos pubianos



Fonte: <http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/corpo-da-menina>

- Mamas** - 1. somente elevação da papila; 2. aparecimento do broto mamário; 3. aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos; 4. projeção da aréola saliente em relação ao contorno da mama; 5. aréola volta ao contorno da mama, saliência da papila (mama adulta)
- **Pelos** – 1. ausência dos pelos; 2. aparecimento dos primeiros pelos longos, finos e lisos ao longo dos grandes lábios; 3. pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados parcialmente sobre o púbis; 4. pelos mais escuros, espessos e encaracolados cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas; 5. pelos estendendo-se até as raízes das coxas.

A imagem corporal é, portanto, um tema de interesse geral na nossa sociedade, sendo tão preponderante, que leva as pessoas a se preocuparem excessivamente com ela (Savoia, 2003, p. 126 apud Braga, Molina e Cade, 2007).

“O jovem tem grande preocupação com sua IMAGEM (não só aparência, mas a ideia que fazem dele). Muita cautela deve ser tomada para que não se sinta inadequado. Deve-se investir e incentivar suas habilidades e em demonstrar aprovação e aceitação genuínas. Pais e educadores devem estar atentos a oportunidades para demonstrar admiração e atitudes positivas, a iniciativas válidas e manter uma postura respeitosa e afável para com os jovens” (Boner, 2016).



### 3. SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade é muito pessoal essencial para a saúde dos adolescentes, está vigorosamente induzido por crenças e valores pessoais e familiares, regras morais e preconceitos de uma sociedade. Porém, o desenvolvimento sexual nem sempre está associado ao amadurecimento afetivo e cognitivo, trazendo várias possibilidades de comportamentos de risco (Brasil, 2010).

#### 3.1 Identidade e papéis sexuais

A identidade na fase da adolescência é marcada por múltiplas identificações, a imagem corporal, as alterações fisiológicas e a descoberta do outro fantasiado pelo amor e o desejo, além da busca de si e das relações com os familiares, colegas e profissionais (Tassi, 2003, p.89-93 apud Medeiros, Vitalle & Wehba, 2007).

#### 3.2 Iniciação sexual

No relatório da Organização Mundial da Saúde, 26% dos adolescentes na Europa e na América do Norte já haviam iniciado atividade sexual aos 15 anos de idade, e a iniciação sexual precoce estava associada com o não uso ou o uso inadequado de preservativos e suas consequências como gravidez precoce, contágio por doenças sexualmente transmissíveis e pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). (Currie, Zanotti, Morgan (...) e Barnekow, 2012 apud Sasaki, Leles, Malta, Sardinha & Freire, 2015).

Destaca-se também que a sexualidade é vivenciada no meio familiar de acordo com os valores apreendidos, pois é nesse ambiente que, desde a infância, são construídos e repassados ensinamentos e condutas socialmente aceitáveis, compondo o seu universo simbólico (Ressel, Junges, Sehnem & Sanfelice, 2011 apud da Silva, 2014, p.460).

A iniciação sexual traz várias preocupações na adolescência já que representa uma passagem para a vida adulta, muitas vezes não havendo maturidade cognitiva conforme dito anteriormente por outros autores, considerando que a primeira relação sexual é um evento muito importância para a vida do indivíduo (Borges, 2007 apud Freitas, Agnolo, Giarola, Pelloso & Higarashi, 2014).

Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS de 2006 indicam que 55,2% das jovens de 15 a 19 anos já haviam tido a primeira relação sexual, percentagem muito mais elevada que a registrada na

PNDS de 1996 (32,8%). A mediana das idade à coitarca diminuiu de 19,5 anos para 17 anos, entre 1996 e 2006 (BEMFAM, 1996; BRASIL, 2006 apud Coutinho e Ribeiro, 2014).

Neste mesmo estudo Ogland et al. (2011), coloca que em 2006, as adolescentes com alguma ligação religiosa apresentavam menor possibilidade de terem filhos na adolescência comparando com aquelas sem filiação religiosa. Verona e Dias Júnior (2012), ao compararem 1996 e 2006, também indicaram relação entre fecundidade pré- marital na adolescência a religião. Já McKinnon et al. (2008) mostraram que a maioria das protestantes brasileiras apresentam menor chance de ter filhos na adolescência quando comparadas às católicas.

Quando avaliado o início sexual antes do casamento entre católicas e protestantes, há suposição de que os protestantes sejam mais influentes no comportamento dos jovens fiéis, justamente por enfatizar palavras fortes como castidade, virgindade e pecado (CHESNUT, 1997). De toda forma, as rígidas doutrinas religiosas criam a expectativa de que pessoas cumpram as regras e consigam abstinência sexual até o casamento. Logo, é também de se esperar que o grau de conservadorismo seja diretamente proporcional à intensidade da religiosidade, não apenas da denominação religiosa (Coutinho e Ribeiro, 2014).

A abordagem de questões sobre sexualidade torna-se necessidade uma vez que os adolescentes estão iniciando sua atividade sexual cada vez mais cedo. estas informações devem ser de forma clara e concisa, levando-os a refletir sobre uma forma de sexo seguro tanto para menina e o menino quanto ao uso de preservativo. Para as Estratégia de Saúde da Família é de fundamental importância que essas equipes garantam atendimento aos adolescentes através de informações adequadas, levando-os a refletirem quanto a sua co-responsabilidade, mudanças de atitudes e conscientização em relação ao ato sexual. (murta, 2008 apud Abtibol, 2015, p.96)

Conhecer mais sobre sexualidade vai além dos debates, este deve ser um tema de discussão e mobilização entre pais, educadores e profissionais de saúde, tendo como objetivo encontrar parcerias para que estes jovens possam protelar ao máximo sua iniciação sexual e, ao iniciar, que seja feito com responsabilidade, que estimulem seus valores e formas de expressão (Oliveira, Maximino, Silva e da Silva, 2015).

### 3.3 Namoro ou efetividade

A inquietações dos adolescentes e jovens quanto a necessidade de “ficar” que é uma maneira de namorar sem compromisso onde é nomeado como uma ação

casual, sem compromisso, podendo ser momentâneo ou não, o tempo é indeterminado, onde se estabelece entre eles uma química, levando ao compromisso, sentimento e responsabilidade com sexo seguro (Taquete, Meireles, 2012 apud Oleira, 2013, p. 69).

Alguns termos são utilizados na adolescência para se referir a namoro, como “ficar”, a qual nem sempre é entendida e absorvida por todos, pelo seu relativo tempo de existência comparado às relações mais tradicionais de namoro, noivado e casamento. Assim, o tempo de permanência do “ficar” é bastante relativo, podendo durar um beijo, algumas horas, ou ainda um fim de semana ou semanas, sendo regulado pelos interesses dos jovens entre si, até que se efetive o namoro. A característica marcante do “ficar” é a ausência de compromisso formal, de transição, além do motivo de “ficar” com mais de uma pessoa em apenas uma ocasião e, dessa forma, não ser visto como transgressão (Féres-Carneiro e Ziviani, 2009).

#### 3.4 Virgindade: necessidade ou não

A origem da palavra virgem vem do passado com “Antigas sacerdotisas da lua que eram chamadas de virgens” não tinham maridos, ou era de homem algum, a palavra é derivada do Latim, com o significado de força, habilidade, e mais tarde, também atribuída aos homens como ‘viril’. Ishtar, Diana, Astarte, Isis eram todas chamadas Virgens, o que não se referia à sua castidade sexual, mas à sua independência sexual. E todos os grandes heróis de culturas passadas, míticos ou históricos, eram ditos serem nascidos de mães virgens: Marduk, Gilgamesh, Buda, Osíris, Dionísio, Genghis Khan, Jesus – todos eram reconhecidos como filhos da Grande Mãe, a Força Original, e seus enormes poderes provinham dela. Quando os Hebreus usaram a palavra, no original em Aramaico significava “mulher jovem”, “donzela”, sem conotações de castidade sexual. Os cristãos não concordaram que a “Virgem Maria” fosse uma mulher de sexualidade independente e modificaram o significado para sexualmente pura, intocada, casta” (Universidade Livre Feminista, 2016).

Em meio às transformações ocorridas durante a adolescência, mudanças hormonais, corporais, psicológicas e etc., os adolescentes passam pelos testes entre os próprios grupos da faixa etária na disputa de quem é ou não é virgem, durante muito tempo o tabu vem sendo rompido e as mudanças veem evoluindo, porém ainda está bastante arraigada a discussão.

A virgindade remete desejo de medo de mudança, está muito relacionada aos aspectos culturais, religiosos e familiares. Melo e Santana (2014), discutem em seu

estudo o fato da mulher “ter” que ser virgem até o casamento e o homem “ter” que provar a masculinidade iniciando sua atividade sexual antes do casamento, neste mesmo estudo citando Costa (1986, p.176) refere que nos dias atuais deve-se levar em conta a opção do adolescente, valorizando a escolha pessoal, ser ou não ser virgem até o casamento, em detrimento às pressões sociais e/ou familiares.

### 3.5 Métodos contraceptivos

Métodos contraceptivos:

São maneiras, medicamentos, objetos e cirurgias, usados pelas pessoas para evitar a gravidez, Existem os métodos femininos e masculinos, os que são considerados reversíveis (volta ter a capacidade de engravidar quando a pessoa para de usar) e os irreversíveis (se utilizado é muito difícil recuperar a capacidade de engravidar), portanto, a pessoa que optar por esse método precisa estar seguro de que realmente não quer mais ter filhos (Brasil, 2006 apud Lupião & Okazak, 2011, p. 137).

Em termos gerais, as adolescentes podem utilizar a maioria dos contraceptivos, porém, outros, são mais indicados em determinada fase da vida. Os métodos podem ser de uso rotineiro (métodos de barreira, condom feminino ou masculino, diafragma, espermicida, DIU, contraceptivos orais e injetáveis) ou comportamentais (coito interrompido, abstinência sexual periódica, tabela, muco cervical e temperatura basal), estes não são muito indicados para este público, pois nesta fase as relações sexuais não são planejadas, além da anticoncepção de emergência (AE), indicado no caso de falha em outros métodos, utilizados após o ato sexual. No Brasil, com a portaria SMS.G N° 295, de 19 de maio de 2004, a AE pode ser prescrita, orientada e acompanhada por enfermeiro (inclusive para as adolescentes). (Lupião & Okazak, 2011).

A camisinha masculina ou feminina (condom) deve ser usada em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional, pois a camisinha é o único método que oferece dupla proteção, além da proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, aids e prevenir a gravidez indesejada. As pílulas combinadas e a injeção mensal podem ser usadas na adolescência, desde a primeira menstruação. A minipílula e a injeção trimestral não devem ser usadas antes dos 16 anos. O DIU pode ser usado pelas adolescentes, entretanto as que nunca tiveram filhos correm mais risco de expulsá-lo, também deve ser evitado naquelas com múltiplos parceiros. A laqueadura também é contra-indicada na adolescência (Brasil, 2009).

### 3.6 Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é considerada uma condição de risco biológico tanto para as adolescentes como para o conceito, e as complicações obstétricas acontecem com maior frequência, em especial na faixa etária mais baixa. Para outros autores esta condição é considerada de risco para as adolescentes (Black & Deblasse, 1985; Stevens-Simon & White, 1991 apud Dias, Alves, Viana, dos Santos & Silva 2015).

No passado a gravidez na adolescência era considerada habitual, em casadas na maioria das vezes, com idades entre 13 e 14 anos e, após a menarca, momento esperado por elas já que a reprodução era considerada uma função feminina. Com o advento liberal feminino e o surgimento dos anticoncepcionais, em 1950, aconteceram inúmeras transformações no cenário nacional com a redução da taxa de fecundidade em geral. Porém, entre as adolescentes, houve um aumento nos últimos anos, até a década de 90. Na década seguinte (2000-2010) esses índices tenderam a diminuir, porém com taxas mais elevadas que outros países (Magalhães et al., 2006; C et al., 2007; IBGE, 2010; United Nations, 2013 apud Barbosa, 2015).

Segundo o IBGE, as mulheres têm menos filhos hoje do que há 10 anos, com taxa de fecundidade brasileira que passou de 2,14 filhos por mulher, em 2004, para 1,74, em 2014, queda de 18,6%, aponta a Síntese de Indicadores Sociais 2015 (Brasil, 2015b). Cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 no Brasil são filhas e filhas de mulheres de 19 anos ou menos (Brasil, 2012)

### 3.7 Infecções Sexualmente transmissíveis

As Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são doenças causadas por bactérias, parasitas, vírus ou outros agentes infecciosos transmitidos pelo contato sexual, podendo ser classificadas como curáveis e não curáveis. Estes tipos de doenças que tem características sintomatológicas, de acordo com alguns estudos, e assintomatológicas que tem levantado diversas preocupações, a OMS. Outros estudos indicaram que a cada momento um milhão de indivíduos são contaminados e podem correr riscos de morte e ou sofrer com sequelas como infertilidade, gravidez ectópica e câncer cervical (WHO, 2007). Para o (BRASIL, 2010) Seus estudos indicaram um aumento de casos confirmados de clamídia de 1.937.200, 1.541.800 de gonorréia, sífilis 937.000, 685.400 de HPV e 640.900 de herpes genital.

No Brasil, evidenciamos a existência de dificuldades das pessoas com a ISTs terem acesso ao serviço de saúde especializados em doenças deste tipo. (Araujo; Leitão, 2005) fazendo com que estas pessoas busquem um tratamento paralelos nas

manipulações e farmácias (Naves, 2006). Outros estudos citados por Cavalcante (2010), que a maioria dos usuários portadores destas patologias não procuram os serviços de saúde por sentirem insegurança, medo e outros sentimentos.

Durante a pesquisa encontramos um trabalho realizado por (BRASIL, 2008 a) norteando uma prevalência global das ISTs bacterianas acima dos padrões Internacionais (OPS, 2004), confirmando a importância mais efetivas de ações preventivas para o controle destas doenças, cuja habilidade dos profissionais de saúde atuam no manejo adequado dos casos para um diagnóstico exato, tratamento correto e acesso rápido as unidades de saúde da atenção básica e ou outras, que se constitui uma ferramenta primordial para estes usuários.

Para além, dessas ações foram identificadas a existência das pessoas que apresentam diagnóstico definido terem muita dificuldade de acesso ao tratamento (Araujo; Leitão, 2005) provocando nestes pacientes um sentimento de constrangimento e falta de respeito por eles e sua doença, resultando em buscas de tratamento paralelos (Neves, 2006) que não vai interromper a cadeia de transmissão desta doença por causa do tratamento ser adiado e a infecção vai se favorecendo, fortalecendo-se, mascarando esta infecção como também a negligência ao tratamento e a falta de novas adoção de medidas no tratamento que atinja todos os seus parceiros sexuais.

White et al, (2008), discorda da eficiência e eficácia quando são utilizados metodologias de tratamentos em diferentes populações este mesmo estudo apesar desta discordância, é consenso que a introdução da abordagem sindrômica, controle na redução da prevalência das Infecção Sexualmente Transmissível e uma política voltada para este público contribui substancialmente para a prevenção destas doenças, além de representar uma economia de custos elevados, proporcionando dessa forma mobilidade no processo de resolução apresentado pelos pacientes.

O controle das Infecções Sexualmente Transmissível, é complexo e sua abordagem sindrômica, desde 1993, tem sido desenvolvidas, particularmente países em desenvolvimento (Jamison et al, 2006) entre estes o Brasil com ampla divulgação de protocolos para sua efetiva implementação em 2006 (Brasil, 2006). Na sua prática existe muitas dificuldades na sua incorporação na rede de atendimento, seja pela falta de qualificação profissionais (Zampier, 2008) ou de condições operacionais ou organizacionais de serviços especializados (Cordeiro, 2008), identificar isso nos traz muitas preocupações, porque indica que os profissionais não estão se utilizando

dessa ferramenta que tem sido debatido como plenamente exequível num âmbito da atenção básica nas unidades de saúde.

As doenças sexualmente transmissíveis atingem as adolescentes por falta de informações que os tornam mais vulnerável as infecções. Há também as influências dos fatores psicossociais e econômicos, determinam a sua posição diante da situação emergente e desconhecida das Mídias que, não são voltadas para a formação e informação da prevenção com o uso do preservativo masculino e feminino. Nesta fase da vida há um aumento de interesses e buscas por sensações prazerosas, os quais os torna vulneráveis a estas doenças (Cavalcante, 2010).

Apesar de existirem estes meios de prevenção que se reportam aos adolescentes, há evidência de falhas relevantes nestas ações preventivas e de controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's onde, a preocupação maior se fundamenta, especificamente na Sífilis Congênita e que não retrata a realidade das pesquisas (Szwarcwald et al, 2007; Flqueróa Filho et al, 2007; Lima; Viana, 2003; Macedo et al, 2009; Campos et al, 2010).

Neste mesmos estudos foram encontrados e apontados prevalência de infecções por Clamydia e Gonorréia em mulheres jovens e adolescentes no Brasil (Cook et al, 2004; Araujo et al, 2006; Jalil et al,2008; Fernandes et al, 2009). Bem como outras infecções como Sífilis e HIV que denotam uma maior preocupação de ações destinadas a educação sexual no ensino básico e fundamental para que esta população alvo não sejam estes portadores destas patologia, Cavalcante citando Cook (2004).

Diante de uma problemática em combater essa doença de maneira efetiva ,o Brasil busca através do Programa Nacional de Controle do CCU acesso de diferentes serviços para combater esta doença. Através da detecção precoce e rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres assintomáticas, população alvo descritiva, método e intervalo de rastreamento, meta de cobertura, qualidades das ações, infra-estruturas nos três níveis de assistência (Silva, 2013).



## ***PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA***

---



#### 4. METODOLOGIA

Tendo como base o enquadramento teórico, o tipo de investigação, as variáveis do estudo, a amostragem efetuada entre os outros elementos estudados, levantamento de dados e a estatística utilizados são descritos ao longo da investigação.

##### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo com ênfase na coleta de dados de um questionário adaptado, ao tema e com apresentação e caracterização de um conjunto de dados. Optamos por uma pesquisa descritiva por que tem por objetivos descrever, observar, documentar e inserir os aspectos da ação e da reação da investigação ( Polit, 2004 apud Amorim & Luz, 2009). De acordo com alguns estudos que tratam da pesquisa quantitativo utilizando para sua gestão um instrumento estatístico, tanto na recolha das informações como na análise dos dados, que tem como finalidade medir as relações entre suas variáveis. Zanella ( 2009) norteia que estes instrumentos busca medir e quantifica os resultados da investigação ou estudos, apartir de dados estatísticos.

##### 4.2 Questões de investigação e objetivos

As questões referentes aos exames realizados é sempre muito questionáveis principalmente para os adolescentes e, também, para os adultos que não conseguem entender e compreender que a prevenção é ainda o melhor caminho para evitar as doenças como o câncer de colo de útero. Atualmente todas as especialidades da área de educação e saúde vem se questionando como planejar um trabalho de controle deste tipo de doença dentro de uma instituição de ensino com o apoio dos programas de saúde da família.

Diante do exposto, estamos ainda numa situação de descrédito em relação as informações repassadas para os pais e os profissionais envolvidos nesta demanda de conhecimentos técnicos e teóricos.

A enfermagem nem sempre foi preparada para esclarecer dúvidas nos ambulatórios de prevenção e ou recolha do material para os exames especializados. A orientação do exame Papanicolau deve ser tratado de forma generalísta e como muito respeito para que as adolescentes não banalizem as informações e não criem conceitos que possam ferir sua integridade moral e ética.

Através desta informação, que foram discutidas em grupos operacionais, foi que procuramos construir um plano de ação que todos os participantes deliberaram

sobre o grau de conhecimentos sobre a importância deste exame. Diante deste fato foram os objetivos deste estudo analisados pela sua importância de compreender e conhecer o que leva as adolescentes brasileiras a não adesão ao exame Papanicolau.

#### Objetivos

- Identificar o grau de conhecimento das adolescentes sobre o exame papanicolau;
- Analisar as variáveis que interferem na adesão das adolescentes ao rastreio de HPV.

#### 4.3 Variáveis

##### 4.3.1 – Variáveis de predição:

3.3.1.1. Sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil, escolaridade, escolaridade dos pais, renda familiar, onde mora tem unidade da família .

##### 4.3.2 – Variáveis de acesso a unidade de saúde:

3.3.2.1. Caracterização do acesso : onde mora tem unidade de saúde, já procurou a unidade para consulta, como foi o acesso a unidade de saúde.

##### 4.3.3 – Variáveis clínica:

3.3.3.1. Avaliação clínica : menarca, início da atividade sexual, números de parceiros;

##### 4.3.4 - Variáveis de conhecimentos:

3.3.4.1 Conhecimentos do Papanicolau e ISTs ; conhecimento da realização do exame e doenças, meio de informação a cerca do exame.

#### 4.4 Justificativa

Segundo Loiola (2008) as altas taxas de incidência do câncer de colo de útero foram identificadas nos países em desenvolvimento associados ao índice de vida precária, baixos índices de desenvolvimento humano, déficit de educação em saúde, dificuldade de acesso as unidade de saúde para diagnóstico e tratamentos das lesões precursoras.

Analisando o acesso das adolescentes às unidades de saúde para realização do exame Papanicolau foi identificado um índice preocupante em relação ao exame. Portanto este estudo propôs a explorar sobre os conhecimentos e comportamentos de risco a saúde do adolescentes de um município Pernambucano, a fim de formular estratégias educacionais permanentes em saúde para minimizar o déficit a adesão ao

exame Papanicolau, incentivar as adolescentes a procurarem mais os serviços de saúde, preparar as adolescentes para vida sexual saudável, fortalecer um vínculo entre os profissionais de saúde, educação e a comunidade, tendo como resultados a redução das vulnerabilidades a que estão sujeitos.

#### 4.5 Campo de estudo

O estudo foi realizado na Escola Municipal Professora Maria Thamar Leite da Fonseca, localizada em zona rural na Rodovia PE 28, Km 8.8, Enseadas dos Corais na cidade do Cabo Santo Agostinho – PE, sua inauguração ocorreu no dia 27 de julho de 2011, a escola recebeu este nome em homenagem póstuma de acordo com a Lei Nº 2.585 de 27 de agosto de 2010 a professora Maria Thamar Leite Fonseca que faleceu dia 13 de agosto de 2009, deixando um marco na educação com sua contribuição ao longo de sua vida pedagógica.

A escola se caracteriza por receber filhos de pessoas que trabalham como operários do complexo portuário em Suape, profissionais autônomos, pescadores, funcionários públicos e outros. Seu funcionamento se dar nos três turnos, com 02 Diretoras, 30 professores, 02 coordenadores, 03 funcionários administrativos, 04 merendeiras e 05 serviços gerais, pesquisa foi realizada no período de junho de 2014 a junho de 2015. Atendem a uma população de 1.300 alunos do 4º ano ao 9º ano.

#### 4.6 Métodos

A metodologia aplicada nesta investigação, deu partida a um levantamento bibliográficos em livros, artigos científicos, teses, dissertação de mestrados, sites da internet que tratam de documentos oficiais. A revisão de literatura permitiu identificar as pesquisas voltadas para a prevenção e adesão ao exame Papanicolau, que tiveram metodologias e atividades educativas dirigidas as mulheres na fase da adolescência, nas unidades de atenção primária à saúde da família no Brasil.

Os artigos foram localizados na base de dados ; LILACS ( Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Libray Online ) e ADOLEC ( Projeto da Organização Panamericana de Saúde relativo a publicações sobre adolescência).

Os critérios de inclusão foram todos os artigos publicados em periódicos brasileiros sobre a adesão ao exame Papanicolau nas unidades de atenção primária de 2010 a 2015.

Após a revisão de literatura foi construído instrumento de recolha de dados e aplicação à população em causa.

O método utilizado para recolha das informações foram as aplicações das questões elaboradas no questionário para que as adolescentes pudessem também expressar suas opiniões em relação ao grau de conhecimento, entendimento e participação deste projeto que hoje se transforma numa dissertação de mestrado.

Estas resposta foram tratadas para que as respondentes não fossem identificadas e ficassem vulneráveis e nem expostas as leituras futuras (desta dissertação).

O primeiro momento dos encontros foram aplicados os questionário, momento este limitado pelas adolescentes que iniciaram atividades sexuais e com autorização dos pais. Depois com o público alvo envolvido foram realizadas palestras para o empoderamento destas adolescentes em relação a vida sexual, suas implicações e mitos, pois ainda hoje a atividade sexual tem indiscutível papel na avaliação da saúde humana.

Portanto, todo o processo de esclarecimento com intuito de levar as adolescentes a aderir ao objetivo do trabalho foram trabalhados alguns conceitos significativos e o papel dos responsáveis pelo diagnóstico e tratamento da prevenção e utiliza-las, também, como agentes multiplicadoras para divulgação entre suas colegas e familiares sobre a importância deste tipo de exame.

A ação, dessa informação, no programa foi trabalhada nos conceitos, para fortalecer a discussão entre eles com apoio multidisciplinar e interdisciplinar sobre a divulgação de trabalhos desta natureza em toda região do Cabo Santo Agostinho.

Utilizou-se, para a realização dos cálculos estatísticos, o programa Microsoft Office Excel 2003. Os resultados foram expressos mediante tabelas e quadros estatísticos previamente confeccionados, por meio das frequências, médias e percentagens.

Para o tratamento estatístico procedeu-se o levantamento das questões e as análises pertinentes aos objetivos do estudo em questão. Após exaustivo levantamento foram indicados os resultados para descrição que foram determinando as frequências absolutas e relativas, as medidas de tendência opinativas com suas médias, os resultados das informações, que determinaram e convalidaram a situação inicial das nossas investigações. Como os conhecimentos e as crenças tem efeitos significativos na adesão ao exame Papanicolau. Todo tratamento dos dados estatísticos foram processados através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versão---(2014) para Windows.

#### 4.7 Participantes

Para realização da pesquisa e coleta de dados, foi solicitado a autorização a Secretária Municipal de Educação da cidade do Cabo de Santo Agostinho-PE, existente no município, mas apenas a Escola Modelo Maria Thamar Leite Fonseca foi indicada por fazer parte da área de abrangência da Unidade Básica Saúde de Enseadas dos Corais.

Iniciamos os trabalhos com explicação para todas em sala de aula pelo pesquisador e professor, sobre a importância e finalidade da pesquisa e a necessidade da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos estudantes, pais ou responsáveis para a sua participação. Logo em seguida iniciou-se a realização do questionário individual com as adolescentes de acordo com os padrões, orientadas pela Enfermeira. Depois prosseguimos com encontros para realizações da palestra para esclarecimentos e dúvidas relacionados ao tema da pesquisa.

O número de adolescentes matriculadas no ano de 2015 foi em torno de 1000 adolescentes, onde 433 estavam na faixa etária de 11 a 18 anos, e apenas 100 se enquadravam nos padrões exigidos da pesquisa, ter iniciado atividade sexual e consentimento dos pais. As adolescentes que se adequavam aos padrões também concordaram em participar mediante a devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais e/ou responsáveis.

#### 4.8 Caracterização sócio-demográfica dos participantes.

Participaram deste estudo 100 adolescentes que se dispuseram a realizar a pesquisa.

#### 4.8.1 – Estatísticas relativas à Idade.

A frequência modal das adolescentes foi de 15 anos, a moda foi de 16 anos, a mediana 16 e desvio padrão 1,4 (cf. Tabela 1)

**Tabela 1.** Distribuição das adolescentes por idade.

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Desvio Padrão</b>
11 a 12	1	1	1,9
13 a 14	29	29	2,8
15 a 16	45	45	1,4
17 a 18	25	25	2,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>8,9</b>

Fonte: Escola Modelo Maria Thamar Leite da Fonseca

A Tabela mostra a distribuição das adolescentes em relação a religião e o estado civil, das 100 adolescentes entrevistadas houve a predominância da religião

evangélica com 65 (65%) dos casos; 20 (20%) eram católicas e 15 (15%) não possuíam religião. A população do Cabo de Santo Agostinho há uma hegemonia da religião evangélica onde se preza a relação sexual após o casamento, porém nos dados analisados a uma predominância de adolescentes evangélicas que possuem vida sexual ativa. A maioria das adolescentes eram solteiras com 71 (71%); 19 (19%) tinham uma relação estável e 10 (10%) eram casadas (cf. Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição sócio-demográfica das adolescentes quanto à religião e o estado civil.

<b>Variáveis sócio-demográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Religião</b>		
Católica	15	15
Evangélica	65	65
Não possui	20	20
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>		
Estável	19	19
Casada	10	10
Solteira	71	71
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Escola Modelo Maria Thamar Leite da Fonseca

Em relação a escolaridade podemos observar que todas as adolescentes entrevistadas possuíam escolaridade entre 5º e 9º ano, 40 (40%) eram do 9º ano; 20 (20%) estavam no 6º e 7º ano; 17 (17%) cursavam o 9º ano do ensino fundamental (cf. Tabela 3) .

**Tabela 3.** Distribuição das adolescentes de acordo com a escolaridade

<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
5º ano	3	3
6º ano	20	20
7º ano	20	20
8º ano	40	40
9º ano	17	17
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Escola Modelo Maria Thamar Leite da Fonseca

Com relação a renda familiar e a escolaridade dos pais, a tabela 4 demonstra que todas as adolescentes possuem alguma renda familiar, sendo que 45 (45%) tinham dois salários mínimos (SM); 35 (35%) possuíam 3 salários e 20 (20%) tinham 1 salário mínimo. No que diz respeito a escolaridade de seus pais, 25 (25%) estudaram até a 4ª série do antigo primeiro grau; 30 (30%) possuíam até a 5ª série e com 45 (45%) estudaram até a 6ª série(cf. Tabela 4).

**Tabela 4.** Caracterização sócio-demográfica referente aos pais das adolescentes quanto a renda familiar e a escolaridade.

<b>Renda familiar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 SM	20	20
2 SM	45	45
3 SM	35	35
<b>Escolaridade dos pais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
4º série	25	25
5º série	30	30
6º série	45	45
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Escola Modelo Maria Thamar Leite da Fonseca

#### 4.9 Instrumentos

Os questionários distribuídos, adaptados as realidades das adolescentes, concentraram-se nas informações e discussão sobre os conceitos, pré-conceitos e os métodos utilizados na recolha do material para exame Papanicolau.

Estes questionários apresentaram diversas perguntas abertas e fechadas para que as participantes contribuíssem, se necessário, com a sua opinião.

Para o instrumentos de pesquisa foram desenvolvidos nos primeiros passos para recolha das informações necessárias para sua montagem e instrumental. Este documento foi organizado para atender passo a passo as necessidades do estudo objetivos pré determinados contendo, na sua parte inicial as orientações para seu preenchimento ou seja respostas. Após as explicações necessárias, a participante foi

convidada a responder todas as alternativas e também quando necessário opinar sobre o que entendeu e compreendeu sobre este tipo de trabalho.

Todo material foi analisado pelos responsáveis da pesquisa e, também daqueles que contribuíram e autorizaram a recolha dos dados. As participantes foram informadas de que todos os dados eram sigilosos e seriam arquivados sem divulgação pública. Com esta segurança do anonimato foram respeitadas as autonomias, voluntariedades, liberdades na participação do estudo e sua confidencialidade.

#### 4.10 Procedimentos

O estudo obteve aprovação das Secretárias de Educação e Saúde da Cidade do Cabo de Santo Agostinho que se encontra situada no Estado de Pernambuco, Brasil, às margens do Oceano Atlântico, respeitando todos os princípios éticos que determina a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Foram utilizados nesta investigação condições que nortearam os objetivos traçados e caracterizados pela amostra apresentada.

O questionário utilizado para recolha de dados foi preenchido pelas participantes da Escola Modelo Municipal Maria Thamar Leite da Fonseca em Enseadas dos Corais, sempre após os ciclos de palestras ministradas pela Enfermeira que conduzia as orientações. Este questionário foi obtido de forma individual respeitando o sigilo das respostas.

#### 4.11 Análise dos dados

Para a análise dos dados inicialmente os questionários foram separados e contabilizados de acordo com cada variável estudada, posteriormente tabulados em gráficos e tabelas e realizado o estudo analítico e descritivo, determinado suas frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, como média, moda e mediana.

## 5. RESULTADOS

Os resultados apresentados neste capítulo foram objetos de estudos discutidos, tratados e analisados em partes diferenciadas e de acordo com o instrumento de investigação que incluíram os encontros mensais, os questionários e todas as formas de contribuição levadas pelas participantes. Estes encontros através de reuniões mensais foi uma das estratégias da Estratégia Saúde da Família em colaboração com a direção da Escola Municipal.

Objeto do plano de ação deste trabalho foi desenvolvido, inicialmente, com a solicitação ao Secretário de Saúde, Direção da Escola Municipal e aos pais e responsáveis das adolescentes. Todas os participantes foram informados dos dias e horas dos ciclos de palestras dos grupos e dos atendimentos individuais daquelas que necessitavam tirar dúvidas e que não se sentiam a vontade para dirigir suas dúvidas no grande grupo e tendo como passo fundamental a aplicação do questionário.

O entendimento e o conhecimento dos processos metodológicos preventivos serviram para que os participantes se fundamentassem e opinassem de acordo com o tema e com a sua adesão ao objeto de estudo.

As tabelas foram sendo construídas de acordo com o total das adolescentes participantes, sendo 100 adolescentes de faixa etária diferenciadas. Como podemos observar sócio-demográfica.

O acesso a unidade de saúde é um grande empecilho para o atendimento a população, o quadro 1 refere-se, justamente, a este acesso, onde mostra que 80 (80%) da população possuem acesso a saúde contra 20 (20%) que não possuem. Quanto a procura no serviço, o profissional mais requisitado foi o médico com 55 (55%); o enfermeiro com 20 (20%) e outros 25 (25%). Ao questionar sobre a acessibilidade apenas 25 (25%) responderam que era fácil o acesso aos serviços; 40 (40%) acharam complicado e 35 (35%) não procuravam os serviços de saúde (cf. Quadro 1).

Quadro 1. Acesso aos serviços de saúde e qual o profissional procurado para o atendimento clínico.

<b>Acesso ao serviço de saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>80</b>	<b>80</b>
<b>Não</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Qual o profissional procurado para atendimento clínico</b>		
<b>Médico</b>	<b>55</b>	<b>55</b>
<b>Enfermeiro</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>Outros</b>	<b>25</b>	<b>25</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Como foi o acesso a unidade de saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Fácil</b>	<b>25</b>	<b>25</b>
<b>Complicado</b>	<b>40</b>	<b>40</b>
<b>Não procura</b>	<b>35</b>	<b>35</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Escola Modelo Maria Thamar Leite da Fonseca

No Quadro 2 os resultados obtidos a partir da pergunta sobre a idade da menarca foram: 60 (60%) responderam que foi com 11 anos; 30 (30%) com 12 anos e 10 (10%) com 13 anos isso demonstra que cada vez mais as jovens estão apresentando a menarca precocemente. Observa-se ainda que a atividade sexual teve início entre os 12 e 13 anos de idade, num total de 80% das adolescentes entrevistadas. Em relação aos números de parceiros, 50% das adolescentes entrevistadas possuem apenas um parceiro. Porém 10% declararam que já tiveram vários parceiros (cf. Quadro 2).

**Quadro 2.** Caracterização das adolescentes quanto a idade da menarca e coitarca

<b>Menarca</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
11 anos	60	5
12 anos	30	45
13 anos	10	35
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Início da atividade sexual</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
11 anos	5	5
12 anos	45	45
13 anos	35	35
14 anos	15	15
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Numeros de parceiros</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
01 PARCEIROS	50	50
02 PARCEIROS	25	25
03 PARCEIROS	15	15
VARIOS PARCEIROS	10	10
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Escola Modelo Maria Thamar Leite da Fonseca

Quanto ao conhecimento sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis, observa-se no que há necessidade de uma maior educação permanente para os adolescentes. Devido ao pouco conhecimento das adolescentes entrevistadas sobre as ISTs, 30% declararam que adquiriram alguma tipo de infecção.

A Tabela retrata a ausência de conhecimento das adolescentes a cerca das ISTs assim como a pouca abordagem dos professores em relação ao tema observando a necessidade de estabelecer um programa de capacitação em sexualidade para professores afim de enfrentarem os problemas com objetividade, sem preconceitos para transformar as jovens em agentes multiplicadores da ação educativa (cf. Tabela 5).

**Tabela 5.** Conhecimento das adolescentes sobre IST e se contraiu alguma IST.

<b>Conhecimento sobre IST</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	45	45
Não	55	55
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Contraiu IST</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	30	<b>30</b>
Não	70	70
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Escola Modelo Maria Thamar Leite da Fonseca

Em relação ao Câncer de Colo de Útero observa-se que apenas 35% possuem conhecimento sobre esta patologia. Das 100 adolescentes entrevistadas 45% declararam ter conhecimento do exame Papanicolau, enquanto 65% não possuía informação. A maioria das adolescentes adquiriram informações sobre o exame Papanicolau através da internet. É importante que a criança ao ingressar na escola deva receber orientações que levem a uma prevenção realizada através de uma abordagem construtiva de conhecimentos e preenchendo suas lacunas com informações transmitidas pelos educadores e não se limitando só a internet (cf. Tabela 6).

**Tabela 6 - O conhecimento sobre o Câncer de Colo de Útero**

<b>Conhecimento sobre o cancer de colo de útero</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	35	35
Não	65	65
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Conhecimento do procedimento do exame de papanicolau</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	45	45
Não	65	65
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Meio de informação sobre o exame papanicolau</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Escola	05	05
Unidade de saúde	10	10
Internet	60	60
Televisão	15	15
Amigos	10	10
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Escola Modelo Maria Thamar Leite da Fonseca

Na Tabela observamos que apenas 35% das adolescentes entrevistadas realizaram o exame de Papanicolau. Demonstra, também, que o local de escolha para realização do exame Papanicolau foi na rede privada de saúde. E por fim o que leva as adolescentes procurarem a realização do exame Papanicolau é a presença do corrimento vaginal. Ao analisar esta realidade faz-se necessário uma transformação no comportamentos dos profissionais de saúde, onde deixam de se sentirem o "dono" do cuidado para uma postura horizontalizada vendo a adolescente de forma holística valorizando sua cultura, família e comunidade afim de fortalecer um vínculo baseado em confiança e respeito pela suas diferenças (cf. Tabela 7).

**Tabela 7 - Realização do exame Papanicolau**

<b>Realizou o exame de papanicolau</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	35	35
Não	65	65
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Serviço de Saúde que Realizou o Exame de Papanicolau</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Unidade de Saúde da Família	07	20
Centro de Referência para Adolescentes	10	28,6
Particular	18	51,4
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

<b>O que levou a realizar o exame de papanicolau</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Corrimento vaginal	20	57,2
Dor na relação sexual	15	42,8
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fonte: Escola Modelo Maria Thamar Leite da Fonseca

A tabela demonstra que o impedimento para as adolescentes entrevistadas não realizar o exame foi a proximidade da Unidade básica de saúde a suas casas. A vergonha, entre as adolescentes entrevistadas, foi maior causa para a não realização do exame Papanicolau. Apesar das informações referente a prevenção de Câncer de colo de útero ainda existe barreiras tais como: medo, vergonha e desconforto a cerca do exame e da doença. Essas adolescentes sentem-se livres para uma vida sexual, porém são reféns de uma sociedade preconceituosa o que as levam a não realizarem o exame pela proximidade de seus domicílios. Contudo das 35 adolescentes que realizaram o exame, 25% retornaram para buscar seus resultados (cf. Tabela 8).

**Tabela 8** – A não realização do exame Papanicolau

<b>Porque não realizou o exame</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Falta de local	15	23,1
Horário Inadequado	20	30,8
Unidade perto do Domicilio	30	46,1
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

<b>Qual sentimento de não realização do exame</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Medo	10	15,3
Vergonha	30	46,1
Desconforto	25	38,6
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

<b>Retornou a unidade para buscar o resultado do exame</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	10	28,6
Sim	25	71,4
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fonte: Escola Modelo Maria Thamar Leite da Fonseca

Diante dos fatos apresentados nas tabelas anteriores observamos as necessidades de motivação das participantes que vivenciaram esta experiência de trabalho pela primeira vez de aderir ao exame papanicolau.

Este ciclo de palestra foi um marco e destacou-se pela sua relevância na prevenção e estímulo para que as adolescentes expressar-se seus conhecimentos e opiniões a cerca do que passaram a conhecer sobre estas novas experiências e exigências apartir desta orientação.

## 6. DISCUSSÃO

Tratamos da parte metodológica apoiando-se na análise opinativas e de conteúdo que foram similares ou diferentes para que as inquietações que foram levantadas durante o estudo obtivessem as respostas necessárias e conclui-se com êxito esta dissertação de Mestrado para educação e saúde.

Observamos o quanto a educação em saúde é uma ferramenta importante na formação do indivíduo onde permiti que as adolescentes obtenham um conhecimento sobre o seu corpo e uma melhor compreensão sobre as intervenções aos tratamentos oferecidos nas unidades básicas de saúde resultando num empoderamento das adolescentes através de diferentes abordagens para leva-las á maior autonomia em suas vidas.

Foi observado que poucas adolescentes possuem conhecimento sobre a importância do exame Papanicolau, a periodicidade e a fase que deve começar a realizá-lo , como também seus efeitos e benefícios demonstrando assim que existe insuficiência da prática no autocuidado em relação a sua vida sexual. Poucas adolescentes realizam o exame anualmente e as que realizam não tem o conhecimento de que se apresentar alguma alteração deve retornar para buscar no serviço de saúde o resultado e seu tratamento. O Instituto Nacional do Câncer (INCA,2015) preconiza que o exame deve ser repetido a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados no intervalo de um ano. A repetição de um ano após o primeiro teste objetiva reduzir a possibilidade de resultados falso negativos nessa primeira rodada de rastreamento que deve ser oferecido a todas as mulheres que iniciaram atividades sexuais.

No Brasil, apesar das garantias de direitos por meio do ECA, verifica-se o aumento dos problemas dos adolescentes em situação de vulnerabilidade social e pessoal em todo seu contexto gerando violência contra e entre adolescentes.

O trabalho com adolescentes requer uma abordagem prioritária dos profissionais de educação e da saúde através da educação permanente em movimentos para promoção e prevenção à saúde. Atenção integral do adolescente possibilita o seu desenvolvimento saudável.

Entende-se que os adolescentes passam por transformações que são estabelecidas e influenciadas pelo contexto onde se inserem, ambientes estes que envolvem a família e comunidade (Leininger,2002). Por isso há necessidade de que estabeleçam um vínculo entre os profissionais de saúde e educação com os adolescentes para que faça da unidade de saúde um ambiente de convivência permanente de confiança, levando-o a buscar ajuda sempre que sentir necessidade. No estudo observou a dificuldade das adolescentes buscarem atendimento na unidade de saúde. 80% da população possuem acesso a saúde contra 20 (20%) que não possuem. Quanto a procura no serviço, o profissional mais requisitado foi o médico com 55 (55%); o enfermeiro com 20 (20%) e outros 25 (25%). Ao questionar sobre a acessibilidade apenas 25 (25%) responderam que era fácil o acesso aos serviços; 40 (40%) acharam complicado e 35 (35%) não procuravam os serviços de saúde.

Adolescência é um ciclo da vida com grandes transformações, nos aspectos emocional, cognitivo, cultural e social.(WHO, 2008), e estas transformações estão acontecendo cada vez mais cedo. Isto é demonstrado no quadro-2 onde os resultados obtidos a partir da pergunta sobre a idade da menarca foram: 60 (60%) responderam que foi com 11 anos; 30 (30%) com 12 anos e 10 (10%) com 13 anos isso demonstra que cada vez mais as jovens estão apresentando a menarca precocemente. Observa-se ainda que a atividade sexual teve início entre os 12 e 13 anos de idade, num total de 80% das adolescentes entrevistadas. Em relação aos números de parceiros, 50% das adolescentes entrevistadas possuem apenas um parceiro. Para 10% das adolescentes que declararam que já tiveram vários parceiros.

O conhecimento sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis leva a saúde e educação a compartilharem do mesmo propósito de proporcionar melhoria na qualidade de vida destes adolescentes, a promoção a saúde é uma ação a ser desenvolvida nas escolas por ser um espaço distinto para o diálogo, troca de saberes e adversidade cultural ( MS, 2015).

A ausência de conhecimento das adolescentes a cerca das ISTs e Câncer de colo de útero. A pouca abordagem dos professores em relação ao tema observado, leva a necessidade de estabelecer um programa de capacitação em sexualidade para professores afim de enfrentarem os problemas com objetividade, sem preconceitos para transformar as jovens em agentes multiplicadores da ação educativa.

Apenas 35% das adolescentes entrevistadas realizaram o exame de Papanicolau 65% não realizaram o exame. O local de escolha para essa realização deste exame Papanicolau foi a rede privada de saúde. Esta preferência aconteceu por

vários aspectos como: possuir convênios, proximidade da ESF a sua residência, vergonha a cerca do exame. Diante de tal situação se faz necessário uma transformação no comportamentos dos profissionais de saúde, afim de fortalecer um vínculo baseado em confiança e respeito pela suas diferenças.



## 7. CONCLUSÃO

O desenvolvimento da sexualidade faz parte de todo ser humano e seu ápice talvez se dê na adolescência onde são vivenciadas grandes transformações no corpo e na mente de cada indivíduo. Estas mudanças precisam ser acompanhadas de perto para que através da prevenção se ofereça proteção num sentido de acolher e educar estes adolescentes. Apartir desta realidade é necessária a implantação de um programa de educação permanente em saúde, utilizando metodologias ativas, interagindo com a realidade local, o contexto que ele se encontra inserido na sociedade.

No nosso estudo que tinha como objetivos identificar o nível de conhecimento das adolescentes brasileiras a cerca do Exame Papanicolau e analisar as variáveis que interferem na adesão das adolescentes ao rastreo de HPV. Questionamos 100 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos, maioritariamente evangélicas (65%). Observamos que apenas 35% das adolescentes entrevistadas realizaram o exame de Papanicolau. O local de escolha para realização do exame Papanicolau foi na rede privada de saúde. O que leva as adolescentes procurarem a realização do exame Papanicolau é a presença do corrimento vaginal. A maioria das adolescentes adquiriram informações sobre o exame Papanicolau através da internet (60%). A atividade sexual teve inicio entre os 12 e 13 anos de idade, num total de 80% das adolescentes. Constatamos que 50% tem mais do que um parceiro sexual o que aumenta o risco de contaminação por HPV.

Fomos constatando, durante o estudo a indispensável e urgente necessidade de criação de planos de intervenções psicoeducativas junto aos profissionais que tratam das prevenções nos serviços e programas de saúde da família. Verificamos uma deficiência de conhecimentos das adolescentes relacionados aos riscos estimados pela doença e que são necessária as introduções em planos de ensino como orientação/formação dessas adolescentes. É fundamental intervir dentro e fora do domicílio escolar, mantendo a informação de qualidade para os adolescentes.

É necessário um programa de capacitação permanente para professores e profissionais de saúde envolvendo temas de saúde com abordagem psicológica e ética. A partir deste programas de capacitação e educação espera-se que os adolescentes tenham conhecimentos sobre o seu corpo, fortalecendo-os quanto a importância da adesão ao exame Papanicolau, quebrando crenças, mitos e medos em

relação ao exame. O adolescente deve ter acesso ao cuidado integral de sua saúde por todos os profissionais que fazem parte da Estratégia Saúde de Família.

**Referência bibliográfica:**

- Abtibol, C.S. , Rocha, F.C.G , Da Silva<sup>3</sup>,M.G.P, Da Silva, V.A, Oliveira , F.D.S, Carvalho, M.L ( 2015). Conhecimento de adolescentes de uma escola pública sobre os métodos contraceptivos. Centro Universitário UNINOVAFAPI, Rev. Interdisciplinar v.8,n.2.
- Arozqueta, F.J.G, Lopes J.H.D, Fernandes S.S, Bueno L.G, Garcia R.B, Chaves R. (2011). Prevalência do vírus papiloma humano e outras doenças sexualmente transmissíveis no Ambulatório de Ginecologia Infanto-Puberal na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. *Adolesc Saude*. 8(4):6-12
- Barbosa, J. R. (2015). Gravidez na adolescência: perfil epidemiológico, fatores predisponentes e repercussões perinatais em uma maternidade pública de Goiânia–GO.
- Borges, M.F.S.O., Dotto, L.M.G.R., Koifman, J., Cunha, M. A., Muniz, P.T. (2012). Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, fatores associados à não-realização do exame. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(6):1156-1166.
- Boner, R. (14 de janeiro de 2016). A incrível adolescência. Acedido em [http://www.chabad.org.br/biblioteca/artigos/incrivel\\_adole/home.html](http://www.chabad.org.br/biblioteca/artigos/incrivel_adole/home.html)
- Braga, P.D., Molina, M.deI.C.B., & Cade, N.V. (2007). Expectativas de adolescentes em relação a mudanças do perfil nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1221-1228. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000500019&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500019&lng=en&tlng=pt).

Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. ISBN 85-334-1043-

Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (23 de maio de 2010). Ministério da Saúde. O que são DST. Acedido em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)

Brasil (2011). País avança na melhoria da saúde pública para a mulher. Acedido em <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/pais-promove-acoes-para-avancar-na-luta-na-melhoria-da-saude-publica-para-a-mulher>

Brasil (2012). Ministério da Saúde /Sinasc. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: MS/SVS. Acedido em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf>

Brasil (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13) ISBN 978-85-334-1991-9

Brasil (2015). Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de Câncer no Brasil, 2016. Acedido em <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/por-tipos.asp>.

Brasil (atualizado em 30 de dezembro de 2015 a) Acedido em [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio)

Brasil (atualizado em 7 de dezembro de 2015b). Acedido em <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/12/taxa-de-fecundidade-caiu-18-6-em-10-anos-no-pais>

Brasil (13 de janeiro de 2016). Adolescência. Acedido em <http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/corpo-da-menina>

Brunner (2011). Vol. 1 E 2 – 12<sup>o</sup> edição.

Cavalcante, E. G. F. (2010). Dissertação do Mestrado Análise do atendimento pela abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissível em Fortaleza, Ceará, Brasil.

Corrêa, C.S.L. (2014). Qualidade de vida e função sexual de mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo do útero. Universidade Federal de Juiz de Fora Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Juiz de Fora.

Coutinho, R.Z. e Miranda-Ribeiro, P. (2014). Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 31, n.2, p. 333-365, jul./dez. 2014

da Silva, S. C., Prates, L. A., Scarton, J., Barreto, C. N., Alves, C. N., Wilhelm, L. A., & Ressel, L. B. (2014). Mitos e dúvidas de adolescentes acerca das modificações corporais e suas implicações na sexualidade. Revista de Enfermagem da UFSM, 4(2), 459-469.

- Dias, E. G., Alves, J. C. S., Viana, J. M., dos Santos, I. M., & Silva, J. P. (2015). Percepções sobre a gravidez em um grupo de adolescentes grávidas do município de Janaúba-MG. *Gestão e Saúde*, 6(2), Pag-1239.
- da Cruz, D. E., & Pereira( 2013) D. Adolescência e Papanicolau: conhecimento e prática. *2ª CAPA Anúncio (arquivo anexo)*, 34. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 34-42, abril .
- Freitas, F. (2001). *Rotinas em Ginecologia*. 4ª edição – Porto Alegre: Artmed.
- Gabriela, L. da S.L.(2014) O QUE OS ADOLESCENTES PENSAM SOBRE SEXUALIDADE: CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA. Universidade de Brasília-UNB , Faculdade de Ceilândia – FCE- Curso de Enfermagem, Ceilândia – DF.
- Guimarães, P. D. N. (2012). *Prevenção de câncer de colo uterino em pacientes com ascus no sistema único de saúde: custo-efetividade de método de biologia molecular para papilomavírus humano (hpv)*. Dissertação de Mestrado em Patologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 69f.:il.,fig.graf.,.tab.
- INCA (27 de outubro de 2015). Instituto do Câncer. Ministério da Saúde. Acedido em [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterinoNacional](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterinoNacional).  
Loiola. A. (2008). *Cuidado com o câncer de colo do útero*. Disponível em : [http://www.meumarci.hpg.com.br/colo\\_de\\_uterio.htm](http://www.meumarci.hpg.com.br/colo_de_uterio.htm).
- Lupião AC, Okazaki ELFJ (2011). Métodos anticoncepcionais: revisão. *Rev Enferm UNISA* 2011; 12(2): 136- 41.
- Macedo, E.O.S., Conceição, M.I.G.( 2013). *Ações em grupo voltadas á promoção da saúde de adolescentes*.
- Melo, A. S. A. F., & Santana, J. S. D. S. (2014). *Sexualidade: Concepções, valores e condutas entre universitários de biologia de UEFS*. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 29(2), 149.

- Mendonça, B.O.M. (2014). Conhecimentos e Comportamentos vulneráveis em sexualidade entre adolescentes de um município do Oeste de Goiás. Programa de Pós-graduação do curso de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem.
- Matão, M.E.L., Miranda, D.B., Campos, P.H.F., Machado, A. F., Ornelas, É.R. (2011). Percepção de mulheres acerca do exame colpocitológico. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011 jan/mar; 1(1):47-58
- Oliveira, R.N , Maximino, D.A.F.M, Silva, P.E , Da Silva, V.C.L. (2015) . Iniciação sexual de adolescentes e conhecimento dos métodos contraceptivos. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Dez. 2015;13(2):66-76.
- Oliveira, P.C. (2013). Estudo do comportamento e conhecimentos em sexualidade entre adolescentes de Goiana-GO. Dissertação de mestrado apresentado ao programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade federal de Goiás.
- Oncoguia (12 de janeiro de 2016). Acedido em <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/colo-do-utero/765/128/>
- Peters, C. R. C.(2010). Os motivos que levam as usuárias do PSF Malvinas a não realizarem o exame papanicolau para detecção do câncer do colo do úterino . Pesquisa FAPESP, 188(2011). Acesso 20 agosto 2013.
- Porto, C. PC.(2004) .Exame Clínico e Anamnese. 5º edição
- Ribeiro, L. (2012). Prevalência e fatores associados a não realização do exame citopatológico do colo do útero na zona norte do município de Juiz de Fora. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Medicina.
- Ribeiro, J.H.M., Reis, A.P.A., Cortez, M.P., Oliveira, A.N., Alcoforado, C.L.G.C. & Oliveira, F. (2014). Exame preventivo do colo do útero: proposta de ação

educativa para promover a adesão de usuárias em uma ESF no sul de Minas. *Rev. Da Universidade Vale do Rio Verde Três Corações*, v.12, p. 546-555, ago./dez.

Romero, K. T., Medeiros, É. H. G., Vitalle, M. S. S., & Wehba, J. (2007). O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Rev Assoc Med Bras*, 53(1), 14-9.

Sasaki, R. S. A., Leles, C. R., Malta, D. C., Sardinha, L. M. V., & Freire, M. D. C. M. (2015). Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 95-104.

São Paulo, (2006). Secretaria da Saúde. Manual de atenção à saúde do adolescente. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328p. Acedido em: [http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual\\_do\\_Adolescente.pdf](http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual_do_Adolescente.pdf)

Siqueira, H.C.H., Erdmann A.L. (2007). Construtivismo como método de pesquisa: possibilidade de geração de conhecimentos. *Atualidades UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, abr/jun. 2007. Acedido em <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a21.pdf>

Siqueira, G.S. (2014). Citopatologia como prevenção do câncer do colo uterino.

Silva, K.B., Bezerra, A.F.B., Chaves, L.D.P., Tanaka, O.Y,(2014). Integralidade no cuidado ao câncer do colo de útero: avaliação do acesso. *Rev.Saúde Pública*;48(2):240-248.

Souza, E.B. (2013) ,U.M.S. Papiloma vírus humano, câncer do colo uterino e papanicolaou: uma revisão de literatura Ualisson Mendes Santos 1 Sandra Ely Barbosa de Souza 2013,11

Vieira, R. H. G.; Erdmann, A. L.; Andrade, S. R. de (2013). Vacinação contra influenza: construção de um instrumento educativo para maior adesão dos profissionais de enfermagem. *Texto contexto - enfermagem*, v.22, n.3, pp. 603-609. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a05.pdf>> acesso 25 outubro 2013.

Universidade livre feminista (13 de janeiro de 2016). A origem do termo virgem.

Acedido em <http://feminismo.org.br/a-origem-do-termo-virgem/>

ANEXOS :







## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: ADESÃO DAS ADOLESCENTES BRASILEIRAS AO EXAME PAPANICOLAU, cujo objetivo principal é Levantar o nível de conhecimento das adolescentes brasileiras a cerca do exame Papanicolau. Com a mesma pretendemos colaborar com a melhoria da assistência aos pacientes de Unidade de Terapia Intensiva. Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, garantindo o anonimato da identidade bem como a liberdade de participar ou não, ficando livres para desistir em qualquer fase da pesquisa, sem que haja nenhum prejuízo. Haverá benefícios, para os pacientes e nenhum risco ocorrerá e a forma de utilização dos dados será exclusivamente para fins da pesquisa com pleno consentimento dos participantes. Poderá desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade.

Se necessário, pode entrar em contato com a pesquisadora, MARA NÚBIA OLIVEIRA ROQUE – Fone: (81)9972-2672.

\_\_\_\_\_.  
Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_.  
Assinatura do sujeito da pesquisa



Chamo-me Mara Núbia Oliveira Roque, sou, enfermeira e encontro-me a realizar o Mestrado em Educação em Saúde, na Escola Superior de Saúde de Viseu, cujo tema de dissertação é : A ADESÃO DAS ADOLESCENTES BRASILEIRAS AO EXAME PAPANICOLAU sob a Orientação do Professor Doutor Amauri Aluisio da Silva e Professora Doutora Manuela Ferreira.

INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO ; Este questionário deverá ser respondido entre 10 a 20 minutos . Considerando a formação e as informações das adolescentes sobre o grau de conhecimento e importância do exame Papanicolau.

## I PARTE

### CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Sexo <sub>1</sub> Masculino <sub>2</sub> Feminino

2. Idade \_\_\_\_\_ anos

3. Escolaridade:

\_\_\_\_\_

4. Estado civil: <sub>1</sub> solteiro <sub>2</sub> Estável <sub>3</sub> Casado

5. Escolaridade dos pais:

\_\_\_\_\_

6. Renda familiar: <sub>1</sub> 1 salário mínimo <sub>2</sub> 2 salários mínimos <sub>3</sub> 3 salários mínimos

7. Religião:

\_\_\_\_\_

## II PARTE

### CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO À UNIDADE DE SAÚDE

4. Onde mora tem unidade de saúde da família? <sub>1</sub> sim <sub>2</sub> não

5. Onde mora tem unidade de saúde da família? <sub>1</sub> sim <sub>2</sub> não

6. Já procurou algum profissional de saúde para consulta?

<sub>1</sub> médico <sub>2</sub> enfermeira <sub>3</sub> outros profissionais

7. Como é o acesso a unidade de saúde?

<sub>1</sub> fácil <sub>2</sub> complicado <sub>3</sub> não procura

## II PARTE

---

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA**

---

**8. Com que idade foi a 1º menstruação (menarca)?**

\_\_\_\_\_

**9. Com que idade iniciou a atividade sexual?**

\_\_\_\_\_

**10. Quantos parceiros já teve?**

\_\_\_\_\_

**11. Tem conhecimentos das doenças sexualmente transmissíveis?** <sub>1</sub> sim <sub>2</sub> não

**12. Você já contraiu alguma doença sexualmente transmissível?** <sub>1</sub> sim <sub>2</sub> não

**13. Procurou a unidade de saúde?** <sub>1</sub> sim <sub>2</sub> não

**14. Tem conhecimento acerca do câncer de colo de útero?** <sub>1</sub> sim <sub>2</sub> não

**15. Já teve informação como é a realização do exame papanicolau?** <sub>1</sub> sim <sub>2</sub> não

**16. Qual foi o meio de informação que você teve sobre o exame papanicolau?**

<sub>1</sub> escola <sub>2</sub> unidade de saúde <sub>3</sub> internet <sub>4</sub> Tv <sub>5</sub> amigos <sub>6</sub> outros

**17. Já fez o exame papanicolau?** <sub>1</sub> sim <sub>2</sub> não

**18. Onde realizou o exame papanicolau?**

<sub>1</sub> unidade saúde <sub>2</sub> consultório particular <sub>3</sub> centro de referência dos adolescentes

**19. O que a levou a realização do exame?**

<sub>1</sub> corrimento vaginal <sub>2</sub> dor na relação sexual

<sub>3</sub> identificar lesão precursora do câncer <sub>4</sub> outros

**20. Porque não realizou o exame ainda?**

<sub>1</sub> falta de local <sub>2</sub> horário inadequado <sub>3</sub> unidade perto do domicílio

**21. Qual sentimento de não realização do exame?**

<sub>1</sub> medo <sub>2</sub> tabu <sub>3</sub> vergonha <sub>4</sub> desconforto <sub>5</sub> constrangimento

**22. Retornou a unidade de para busca o resultado?** <sub>1</sub> sim <sub>2</sub> não

**23. Participa de algum grupo de adolescente?** <sub>1</sub> escola <sub>2</sub> unidade de saúde <sub>3</sub> outros.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
 INSTITUTO PERNAMBUCANO DE ESTUDOS AVANÇADOS  
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Recife-PE, 22 de setembro de 2014

Direção do IPEA

Ilmo. Sr. Dr. Ricardo Marlon

Secretário Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho/PE

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLETA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Viseu, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna: **Mara Núbia Oliveira Roque**, mat. 3695 do Curso de Mestrado de Educação para a Saúde da ESCOLA SUPERIOR DE VISEU / PORTUGAL, a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Adesão das adolescentes brasileiras ao exame Papanicolau".

Neste contexto, vimos a solicitar a V.Sa. que se digne autorizar a realização de coleta de dados/informação, durante o período de 01 a 30 do mês de outubro do ano 2014.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Coleta de Dados.

Este estudo tem como objetivo identificar os fatores que influenciam na adesão ao exame Papanicolau das adolescentes da Unidade de Saúde da Família – Cabo de Santo Agostinho/PE. Utilizaremos na metodologia questionários com perguntas abertas e fechadas para as referidas adolescentes e pretendemos na análise dos dados apresentarmos os principais fatores que influenciam na adesão ao exame de Papanicolau. Como também destacar dentre as variáveis sócio demográficas quais podem influenciar o grupo em questão.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V.Sa, caso seja de interesse deste Órgão. Informamos que o Professor Dr. PhD Amauri Aluisio da Silva, é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone do IPEA: (81) 9952.9895 / 9538.5995.

Aguardamos resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos Acadêmicos da Estudante.

Sem outro assunto de momento apresentamos os melhores cumprimentos.

