

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

GELSON FARIAS ARCOS JÚNIOR

**ATITUDES E PRÁTICAS DE MULHERES QUANTO AO RASTREIO DO
CÂNCER CERVICAL EM SÃO LUÍS - MA**

São Luís

2018

GELSON FARIAS ARCOS JÚNIOR

**ATITUDES E PRÁTICAS DE MULHERES QUANTO AO RASTREIO DO
CÂNCER CERVICAL EM SÃO LUÍS - MA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina da Universidade Federal do
Maranhão como requisito para a obtenção do
grau de Médico.

Orientadora: Profa. Dra. Graça Maria de Castro
Viana

São Luís

2018

Arcos Júnior, Gelson Farias.

Atitudes e práticas de mulheres quanto ao rastreio do câncer cervical em São Luís – MA. / Gelson Farias Arcos Júnior. – 2018
51 f.

Orientador(a): Graça Maria de Castro Viana
Artigo (Graduação) – Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Câncer Colo do Útero. 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 3. Saúde da Mulher. 4. Teste de Papanicolau.
I. Viana, Graça Maria de Castro (orient.). II. Título.

GELSON FARIAS ARCOS JÚNIOR

**ATITUDES E PRÁTICAS DE MULHERES QUANTO AO RASTREIO DO
CÂNCER CERVICAL EM SÃO LUÍS - MA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina, da Universidade Federal do Maranhão
para a obtenção do grau de Médico.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Graça Maria de Castro Viana (Orientadora)

Doutora em Infectologia
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento

Pós-doutora em Oncologia
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Ma. Adriana Lima dos Reis Costa

Mestre em Saúde Materno Infantil
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Marcos Antonio Custódio Neto da Silva

Doutorando em Clínica Médica
Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas

DEDICATÓRIA

A Deus, autor da vida e único merecedor de toda honra e glória.

Aos meus pais, meus maiores apoiadores e torcedores em toda essa jornada.

Aos meus avós, aqueles que sonharam comigo e vivem hoje para verem a vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, criador de tudo que há, sou grato pelo dom da vida, por todas as dificuldades enfrentadas e pelas vitórias conquistadas sem as quais não seria quem sou hoje. Por ter me dado forças para seguir caminhando e me ensinado durante todo esse trajeto.

Aos meus pais, Gelson Farias Arcos e Maria Aparecida Serejo Vale Arcos, por acreditarem em meu potencial e por nunca desistirem de mim. Pelo apoio, conselhos, exortações e consolos. Obrigado pelo amor e cuidado.

Ao meu irmão, Igor Serejo Vale Arcos, por me ensinar mesmo sem querer, pelas risadas e pelo companheirismo que só nós dois entendemos.

Aos meus avós, José de Ribamar, Maria José, Abelardo e Raimunda, por todas as orações, pelo amor incondicional, pela torcida e por estarem comigo hoje para verem a concretização de mais um sonho.

À toda minha família, pois foi em meio a vocês que pude formar meu caráter e ter sempre bons exemplos de fé, honestidade e cumplicidade.

Aos meus companheiros de pesquisa, em especial João Victor de Sousa Garcia, por dividir comigo todos os momentos fáceis e difíceis desse árduo caminho. Por sempre estar pronto a me ouvir, por me ajudar a melhorar, a amadurecer e a prosseguir.

Aos amigos de jornada na medicina, Bruna Rocha, Mikaella D'Albuquerque, Nordman Wall e Thaís Mota. Por trazerem suavidade à rotina; por me inspirarem e crescerem comigo.

À Universidade Federal do Maranhão, pelas oportunidades oferecidas; pelas competências e habilidades adquiridas.

À minha orientadora, Prof. Dra. Graça Maria de Castro Viana, pelos ensinamentos, por me aceitar em sua casa em várias noites para construção do saber e produção científica. Agradeço pelo carinho e torcida.

À Prof. Dra. Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento, por ter me acolhido e inserido, desde o início do curso, em atividades de pesquisa e extensão. Por abrir diversas portas e ter me orientado na iniciação científica.

Aos demais docentes do curso de Medicina pelas orientações recebidas durante a graduação.

Ao Núcleo de Imunologia Básica e Aplicada, local onde galghei os primeiros e principais passos na medicina. Local que me acolheu e me ofereceu oportunidades únicas.

MUITO OBRIGADO!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. MÉTODOS	15
2.1 Tipo e Área do Estudo	15
2.2 População do Estudo.....	15
2.3 Amostra	15
2.4 Coleta de Dados	15
2.5 Análise Estatística.....	16
2.6 Aspectos Éticos.....	16
3. RESULTADOS	17
4. DISCUSSÃO	22
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICES	29
ANEXOS.....	36

TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas da população estudada. São Luís, MA, 2017.....	18
Tabela 2	Fatores de risco associados ao desenvolvimento de CCU na população estudada. São Luís, MA, 2017.....	19
Tabela 3	Avaliação da adequabilidade das atitudes e das práticas de mulheres atendidas pelo Programa de Práticas de Integralidade em Saúde. São Luís, MA, 2017	20
Tabela 4	Associação das atitudes e das práticas adequadas sobre o exame Papanicolau segundo características sociodemográficas de mulheres atendidas pelo Programa de Práticas de Integralidade em Saúde. São Luís, MA, 2017.....	21

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

CCU	Câncer de Colo do Útero
DIU	Dispositivo Intrauterino
EFC	Ensino Fundamental Completo
EFI	Ensino Fundamental Incompleto
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
ESC	Ensino Superior Completo
ESI	Ensino Superior Incompleto
HPV	Papilomavírus Humano
IC	Intervalo de Confiança
IC	Intervalo de Confiança
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
NIBA	Núcleo de Imunologia Básica e Aplicada
SM	Salário Mínimo
SPPS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

**ATITUDES E PRÁTICAS DE MULHERES QUANTO AO RASTREIO DO
CÂNCER CERVICAL EM SÃO LUÍS - MA**

**Attitudes and Practices of Women on the Screening of Cervical Cancer In
São Luís - Ma**

Gelson Farias Arcos Júnior^I
Graça Maria de Castro Viana^{II}

^I Graduando em Medicina na Universidade Federal do Maranhão. gelson.arcos@gmail.com

^{II} Doutorado em Infectologia. Professora Associado IV da Universidade Federal do Maranhão.
gracaviana@globocom

RESUMO

Objetivo: Avaliar a adequabilidade das atitudes e das práticas das mulheres quanto à prevenção do câncer cervical e suas associações com características comportamentais e sociodemográficas. **Métodos:** Estudo transversal, analítico-descritivo, de caráter quantitativo, realizado com 95 mulheres atendidas no Núcleo de Imunologia Básica e Aplicada da Universidade Federal do Maranhão, no período de agosto de 2016 a julho de 2017. Utilizou-se um questionário estruturado com os seguintes aspectos: dados de identificação, hábitos de vida, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, renda familiar, além de informações sobre as atitudes e as práticas das pacientes quanto à prevenção do câncer cervical. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão. O programa estatístico SPSS versão 22.0® foi usado para analisar os dados. **Resultados:** A cobertura geral do Papanicolau pelas entrevistadas foi superior a 90%; aproximadamente 80% delas se submeteram ao exame em períodos oportunos, entretanto, apenas pouco mais da metade (57,3%) apresentou atitudes adequadas, condição justificada pelo relato de rotina como motivação principal. A adequabilidade das práticas foi significativa ($p < 0,05$) apenas com a frequência de ida ao ginecologista, enquanto a adequação das atitudes não obteve relevância estatística em nenhuma das variáveis estudadas. **Conclusão:** Conclui-se que a amostra estudada apresentou uma alta taxa de práticas adequadas, estando estatisticamente relacionada apenas à frequência de ida ao médico, enquanto a de atitudes foi em torno da metade das entrevistadas, sem associação causal a nenhuma das variáveis analisadas.

Descritores: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Saúde da Mulher. Teste de Papanicolau. Câncer de Colo do Útero.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the adequacy of women's attitudes and practices regarding the prevention of cervical cancer and its association with behavioral and sociodemographic characteristics. **Methods:** A cross-sectional, analytical-descriptive, quantitative study developed with 95 women attended at the Núcleo de Imunologia Básica e Aplicada of the Federal University of Maranhão from August 2016 to July 2017. A structured questionnaire was used, with the following aspects: identification data, life habits, personal antecedents, family history, family income, as well as information about the patients' attitudes and practices regarding the prevention of cervical cancer. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Maranhão. The statistical program SPSS version 22.0® was used to analyze the data. **Results:** The general coverage of the Pap smear by the interviewees was over 90%; approximately 80% of them undergo the examination in appropriate periods, however, only slightly more than half (57.3%) presented adequate attitudes, a condition justified by the routine report as the main motivation. The adequacy of the practices was significant ($p < 0.05$) with only the attendance of the gynecologist, while the adequacy of the attitudes did not obtain statistical relevance in any of the studied variables. **Conclusion:** the sample studied presented a high rate of appropriate practices being statistically related only to the physician's attendance rate, while attitudes were about half of the interviewees, with no causal association to any of the analyzed variables.

Descriptors: Health Knowledge, Attitudes, Practice. Women's Health. Papanicolaou Test Screening. Uterine Cervical Neoplasms.

1. INTRODUÇÃO

Câncer não é uma doença única, mas corresponde a um grupo de mais de 100 tipos de agravos que comungam entre si, como principal característica, o crescimento desordenado (maligno) de células as quais têm a capacidade de invadir tecidos e órgãos adjacentes ou à distância (metástase). Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estimam-se, no Brasil, 16.370 novos casos de Câncer do Colo do Útero (CCU) para o biênio 2018-2019, configurando-se como a terceira neoplasia mais incidente entre as mulheres brasileiras, a segunda no Nordeste (20,47/100 mil) e a primeira no Maranhão (42,74/100 mil). Para o Estado são esperados 1090 novos casos e, para São Luís, 240. Configura-se, nesse sentido, um problema de saúde pública complexo dada suas magnitudes epidemiológica, social e econômica^{1,2}.

O Papilomavírus Humanos (HPV) tem distribuição mundial, sendo responsável pela maioria das neoplasias de colo de útero. Apresenta prevalência de 15 a 40% na população geral, sendo a infecção sexualmente transmissível (IST) isolada mais comum do mundo. A persistência da infecção pelo HPV é condição fundamental, mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer cervical, sendo necessários outros cofatores relacionados a questões socioeconômicas e comportamentais, a saber: raças parda e negra, baixa renda, menor grau de escolaridade, maior número de parceiros sexuais, outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), tabagismo, coitarca e primeira gestação precoces, além de alta paridade e uso prolongado de anticoncepcionais orais³⁻⁵.

O rastreamento, ou seja, a detecção precoce do câncer cervical em mulheres assintomáticas, no Brasil, dá-se por meio do exame citopatológico Papanicolau que permite a constatação de lesões precursoras do agravo em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas, a partir da análise das células oriundas da ectocérvice e da endocérvice, extraídas com raspagem do colo de útero^{6,7}.

A recomendação atual, segundo o INCA⁸ (2016), é que o exame seja realizado em mulheres a partir de 25 anos e que já iniciaram atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo de 12 meses e, se ambos estiverem sem alterações, o intervalo passa a ser trienal, periodicamente,

até os 64 anos. Todavia, a frequência deve ser individualizada segundo o resultado do exame, podendo ser repetido anual ou até semestralmente^{8,9}.

A literatura aponta que a busca pelo exame, seja no tocante às atitudes (motivações) seja às práticas (frequência de realização do mesmo) tem apresentado altas taxas de inadequabilidade, especialmente quando as mulheres possuíam baixos nível socioeconômico, escolaridade e renda familiar o que pode ser mais um fator contribuinte para manutenção do quadro epidemiológico vigente^{10,11}.

O objetivo deste estudo foi avaliar a adequabilidade das atitudes e das práticas de mulheres quanto à realização da colpocitologia oncótica e suas associações com características comportamentais e sociodemográficas, uma vez que, identificando-se o que as levam a fazer o exame (atitude) e com qual frequência o fazem, poder-se-ão oferecer subsídios ao desenvolvimento de novas políticas e estratégias educacionais com vistas à facilitação da abordagem do tema e possível reversão do quadro.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo e Área do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico-descritivo, de caráter quantitativo com mulheres atendidas por um Programa de Extensão Universitário vinculado ao Departamento de Patologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). As atividades foram realizadas no Núcleo de Imunologia Básica e Aplicada – NIBA.

2.2 População do Estudo

A população selecionada para esse estudo se deu segundo os critérios de inclusão: pacientes do sexo feminino que buscaram atendimento no NIBA e aceitaram participar do estudo; os critérios de exclusão determinados foram: mulheres que ainda não haviam iniciado vida sexual e as que se recusaram a responder, pelo menos, 50% do questionário.

2.3 Amostra

Foram entrevistadas 97 mulheres, entretanto duas delas foram excluídas, de acordo com os critérios adotados neste estudo, perfazendo, portanto, um total de 95 entrevistas.

2.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2016 a julho de 2017, através de um questionário epidemiológico estruturado com informações necessárias para o estudo do tema (Apêndice A). Os questionamentos abordaram: dados de identificação, hábitos de vida, antecedentes mórbidos pessoais, antecedentes mórbidos familiares, renda familiar, sendo o salário mínimo vigente à época de R\$880,00. Ainda, indagações sobre o conhecimento acerca do Papanicolau de rastreio, as atitudes e as práticas das pacientes quanto à prevenção do câncer cervical.

Após aplicação do questionário, a atitude e a prática sobre o exame de Papanicolau foram classificadas utilizando uma adaptação dos critérios adotados nos estudos de Fernandes et al¹², a saber: atitude adequada quando a mulher respondeu que realizava o Papanicolau para prevenção de CCU, por recomendação de profissional de saúde ou por rotina; atitude inadequada quando o fazia motivado por queixas ginecológicas, incentivo de amigos ou familiares, quando não sabia ou não respondia; prática adequada quando a mulher havia realizado seu último exame preventivo há, no máximo, três anos e prática

inadequada quando as mulheres disseram ter realizado o último exame havia mais de três anos, em intervalo irregular, não sabia ou não respondia.

2.5 Análise Estatística

Os dados obtidos a partir dos questionários padronizados foram compilados em uma planilha do Microsoft Excel 2010® e, em seguida, analisados pelo programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0® em uma análise exploratória e descritiva da amostra sobre as variáveis do questionário. Alguns estratos foram agrupados de maneira a permitir maior viabilidade para análise, a fim de avaliar associações casuais. O intervalo de confiança (IC) foi de 95% e se empregou o teste do qui-quadrado de Pearson para avaliação da significância estatística das associações, adotando-se como nível de significância os valores de $p \leq 0,05$.

2.6 Aspectos Éticos

Este projeto foi encaminhado para análise ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão e aprovado sob o parecer de número 1548722 (Anexo A). Todas as que aceitaram integrar a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares) (Apêndice B) e foram submetidas ao questionário.

3. RESULTADOS

Estudaram-se 95 mulheres com a mediana de 40 anos, DP 12,25, a faixa etária mais prevalente (29,5%) foi a de 40 a 49 anos, quarenta e sete (49,5%) se declararam pardas. A maioria (54,7%) estava casada ou em união estável, quanto à escolaridade, tinham mais de oito anos de estudo 52 (54,7%) delas, ou seja, haviam ao menos iniciado o Ensino Médio. Houve maior preponderância de mulheres que exerciam alguma atividade laboral (67,4%) sendo que as 32,6% restantes exerciam atividades do lar; a renda familiar foi de um a três salários mínimos em 68 casos (71,6%) (Tabela 1).

Quanto aos fatores de risco do CCU (Tabela 2), 55 (57,9%) relataram nunca usarem preservativo durante as relações sexuais, a maioria (82,1%) negou história de IST, como também, 85 (89,5%) negaram ser tabagistas; 63 (66,2%) tiveram sua coitarca antes dos 18 anos e 68,4% referiram paridade de um a três filhos.

Em nossa amostra, 89 (93,7%) mulheres já haviam se submetido ao exame pelo menos uma vez na vida, seis mulheres entrevistadas nunca o fizeram (6,3%) e metade destas referiu o medo como entrave para tal realização. A idade maior que 18 anos ao primeiro exame foi informado por 54 mulheres (60,7%) e o motivo para realização deste foi preocupação com o próprio corpo em 74,7% das vezes.

Tabela 1. Características sociodemográficas da população estudada. São Luís, MA, 2017.

Variável	n (%)
Faixa Etária	
15 a 19 anos	1 (1,1)
20 a 29 anos	22 (23,2)
30 a 39 anos	24 (25,3)
40 a 49 anos	28 (29,5)
50 a 59 anos	13 (13,7%)
>60 anos	7 (7,4)
Estado Civil	
Solteira	35 (36,8)
Casada/União Estável	52 (54,7)
Separada/Divorciada	4 (4,2)
Viúva	4(4,2)
Raça	
Branca	13 (13,7)
Negra	34 (35,8)
Amarela	1 (1,1)
Parda	47(49,5)
Escolaridade	
Analfabeta	0
EFI	35 (36,8)
EFC	8 (8,4)
EMI	10 (10,5)
EMC	39 (41,1)
ESI	2 (2,1)
ESC	1 (1,1)
Pós-Graduação	0
Atividade Laboral	
Sim	64 (67,4)
Não	31 (67,4)
Renda Familiar	
<1SM ^a	22 (23,2)
1 a 3 SM	68 (71,6)
>3 a 5 SM	3 (3,2)
>5 a 15 SM	0
>15 SM	0
Não Sabe/Não respondeu	2 (2,1)

EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EFC: Ensino Fundamental Completo; EMI: Ensino Médio Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo; ESI: Ensino Superior Incompleto; ESC: Ensino Superior Completo; SM: Salário Mínimo.

^a Salário Mínimo Vigente: R\$880,00

Tabela 2. Fatores de risco associados ao desenvolvimento de CCU na população estudada. São Luís, MA, 2017.

Variável	n (%)
Idade à Coitarca	
10 a 12 anos	3 (3,2)
13 a 15 anos	21 (22,1)
16 a 18 anos	39 (41,1%)
> 18 anos	29 (30,5%)
Não Sabe/Não Respondeu	3 (3,2)
Nº de Parceiros nos Últimos 10 anos	
Nenhum	12 (12,6)
1	39 (41,1)
2 a 4	31 (32,6)
5 a 7	9 (9,5)
> 7	3 (3,2)
Não Sabe/Não Respondeu	1 (1,1)
História de IST	
Sim	12 (12,6)
Não	78 (82,1)
Não Sabe/Não Respondeu	5 (5,3)
Paridade	
0	11 (11,6)
1 a 3	57 (60)
4 a 6	23 (24,2)
7 ou mais	4 (4,2)
Frequência de Utilização do Preservativo	
Nunca	55 (57,9)
Raramente ^a	11 (11,6)
Frequentemente ^b	6 (6,3)
Sempre	22 (23,2)
Não Sabe/Não Respondeu	1 (1,1)
Tabagismo	
Sim	10 (10,5)
Não	85 (89,5)

IST: Infecção Sexualmente Transmissível.

^a Quando entrevistada relatou uso >0 a 50% das vezes.

^b Quando entrevistada relatou uso >50 e <100% das vezes.

A análise das atitudes e das práticas se deu apenas com as 89 mulheres que já haviam se submetido ao exame, pelo menos uma vez na vida. No que se refere à atitude, 57,3% das entrevistadas neste estudo tiveram-na classificada como adequada, situação justificada por razão de 29 (32,6%) mulheres afirmarem a rotina como motivação principal à realização da colpocitologia oncótica, 12

(13,5%) como medida para prevenção do CCU e dez (11,2%) por recomendação de profissional de saúde. Avaliando-se a causa das atitudes terem sido consideradas inadequadas à realização do exame, encontrou-se queixa ginecológica em 29 (32,6%), incentivo de amigos ou familiares em três (3,4%) e não sabiam ou não responderam em seis (6,7%) (Tabela 3).

A Tabela 3 ainda demonstra que 79,8% das práticas foram oportunas, em virtude de quase metade (48,31%) realizar o exame anualmente, a cada seis meses (24,7%) ou em intervalo bienal ou trienal (6,7%); a maior parte das consideradas inapropriadas se deveu à periodicidade irregular ao preventivo (18%). (Tabela 3).

Tabela 3. Avaliação da adequabilidade das atitudes e das práticas de mulheres atendidas pelo Programa de Práticas de Integralidade em Saúde. São Luís, MA, 2017.

Atitude	n(%)	Prática	n(%)
Adequada	51(57,3)	Adequada	71(79,8)
Prevenção do CCU	12(13,5)	1x ao ano	43(48,4)
Recomendação de Profissional da Saúde	10(11,2)	6/6 meses	22(24,7)
Rotina	29(32,6)	A cada 2 ou 3 anos	6(6,7)
Inadequada	38(42,7)	Inadequada	18(20,2)
Queixa Ginecológica	29(32,6)	>3 anos	1(1,1)
Incentivo de Amigos/Familiares	3(3,4)	Irregular	16(18)
Não Sabe/Não Respondeu	6 (6,7)	Não Sabe/Não Respondeu	1(1,1)
TOTAL	89(100)	TOTAL	89(100)

CCU: Câncer de Colo do Útero.

A Tabela 4 evidencia as associações das atitudes e das práticas consideradas adequadas segundo as características sociodemográficas das mulheres estudadas. Em relação à ida ao ginecologista, 61 responderam que têm por hábito irem anualmente, aproximadamente 60% destas (55/61) têm atitudes adequadas e 84,6% práticas apropriadas. Mais da metade das que possuem atividade laboral (51,3%, 20/39) apresentam atitudes devidas contra 82,1% de práticas. Das que possuem escolaridade maior que oito anos, as atitudes e práticas foram satisfatórias em 59,2% (29/49) e 81,6% (40/49) das mulheres, respectivamente. Das raças autodeclaradas, a maior adequação de atitudes (66,7%, 8/12) e práticas (91,7%, 11/12) se deu entre as brancas. Quanto à renda familiar, as que recebem de um a três salários mínimos apresentaram 55,2%

(37/63) de atitudes e 82,5% (52/63) de práticas adequadas. Por fim, as que estavam sem companheiro (solteiras) tiveram maiores taxas de atitude (62,5%, 30/48) e práticas (83,3%, 40/48) adequadas.

A adequabilidade das práticas em nosso estudo não sofreu interferência significativa ($p < 0,05$) pelo grau de escolaridade ($p = 0,845$), estado civil ($p = 0,527$), raça ($p = 0,161$), renda ($p = 0,643$) ou trabalhar fora ($p = 0,807$). Apresentou, no entanto, relação estatisticamente significativa ($p = 0,001$) em relação à frequência de ida ao ginecologista. No tocante às atitudes, nenhuma associação às características sociodemográficas mostrou relação significativa. (Tabela 4).

Tabela 4. Associação das atitudes e das práticas adequadas sobre o exame Papanicolau segundo características sociodemográficas de mulheres atendidas pelo Programa de Práticas de Integralidade em Saúde. São Luís, MA, 2017.

Variável	Total	Atitude Adequada		Prática Adequada	
		n (%)	p	n (%)	p
Ida ao Ginecologista			0,345		0,001
1x ao ano	61	37 (60,1)		55 (84,6)	
2/2 anos ou mais	28	14 (50)		17 (60,7)	
Trabalha Fora			0,31		0,807
Sim	39	20 (51,3)		32 (82,1)	
Não	50	31 (62)		40 (80)	
Escolaridade			0,691		0,845
≤ 8 anos	40	22 (55)		32 (80)	
>8 anos	49	29 (59,2)		40 (81,6)	
Raça			0,278		0,161
Branca	12	8 (66,7)		11 (91,7)	
Parda	46	23 (50)		37 (80,4)	
Negra	30	20 (66,7)		24 (80)	
Amarela	1	0		0	
Renda Familiar			0,653		0,643
<1SM ^a	21	10 (47,6)		15 (71,4)	
1 a 3 SM	63	37 (55,2)		52 (82,5)	
>3 a 5SM	3	2 (66,7)		3 (100)	
5 a 15 SM	1	1 (100)		1 (100)	
Ignorado	1	1 (100)		0	
Estado Civil			0,284		0,527
Com Companheiro	41	21 (51,2)		32 (78)	
Sem Companheiro	48	30 (62,5)		40 (83,3)	

SM: Salário Mínimo

^a Salário Mínimo vigente: R\$880,00

4. DISCUSSÃO

Em relação à amostra estudada, houve predominância de mulheres das raças parda e negra, com parceiro fixo (casadas ou em união estável), de baixa escolaridade, que exerciam atividade remunerada e com baixa renda familiar. Destes, tanto o baixo nível de escolaridade como a baixa renda familiar têm sido destacados pela literatura como fatores de risco ao desenvolvimento do CCU^{13,14}. Infere-se que tais dados de prevalência estejam relacionados à área onde o estudo foi conduzido, visto que, em geral, as mulheres que buscam atendimento no NIBA são residentes na área Itaqui-Bacanga a qual tem história de ocupação irregular e com moderado Índice (0,65) de Desigualdade Socioespacial¹⁵.

O uso negligenciado do preservativo, em mais da metade das mulheres neste estudo, foi superior ao encontrado em estudo semelhante realizado no Estado do Ceará¹⁶, onde a taxa do não uso do preservativo masculino foi de 51,3%. Esses valores podem estar associados ao estado civil das mulheres, como também a outras características sociodemográficas, como sugere estudo conduzido no interior do Nordeste que evidenciou idade mais precoce, ausência de relacionamento estável e grau de instrução mais elevado como fatores predominantes para adesão ao condom¹⁷.

Ademais, a baixa idade à coitarca (até 18 anos), aqui constatada, assemelha-se aos dados da literatura^{18,19}. A taxa das mulheres que referiram paridade de um a três filhos foi superior à encontrada por Fernandes et al¹². Essas informações estão de acordo ao encontrado em países em desenvolvimento os quais destacam esses comportamentos como potencializadores do risco de aquisição do HPV com o conseqüente desenvolvimento do CCU. Sendo a contaminação por esse vírus a infecção sexualmente transmissível mais prevalente no mundo, a correta utilização da camisinha associada a outros métodos contraceptivos de alta eficácia, tais como pílula anticoncepcional e o dispositivo intrauterino (DIU), devem ser reforçados, pois a adoção dessas medidas têm se mostrado a forma mais eficaz de proteção^{4,20}.

A cobertura geral do exame de Papanicolau, entre as entrevistadas (93,7%), foi similar à de um estudo realizado no Rio de Janeiro²¹, porém superior ao encontrado na Argentina e na Bahia^{11,22}. Szwarcwald et al²³ (2004), não obstante, conduziram uma pesquisa na qual, entre outras coisas, estudaram a

média nacional brasileira e obtiveram que a cobertura geral do exame preventivo do colo do útero foi de 66%. Nesse sentido, a alta cobertura da colpocitologia oncológica encontrada na população, aqui pesquisada, esteve acima da média nacional e do recomendado pela Organização Mundial de Saúde²⁴ (2002) a qual preconiza uma cobertura geral de, no mínimo, 80%. Todavia, há uma carência de estudo mais atual no Brasil que demonstre o real alcance da prevenção da neoplasia cervicouterina.

Das mulheres que nunca se submeteram ao preventivo (6,3%), o medo se configurou como barreira principal para realização do exame, reforçando informações da literatura que trazem, ainda, sentimentos de vergonha e de constrangimento acerca da sexualidade como contribuintes para a não adesão ao rastreamento^{22,25,26}. Ressalta-se que tais situações são características de países em desenvolvimento onde há predomínio da visão de que a busca pelo Sistema de saúde deva ser para tratar doenças e não as prevenir, assim como, conhecimento limitado sobre o rastreio; aspectos concernentes aos profissionais de saúde que não se portam como educadores e, ainda, obstáculo do próprio Sistema, que, por vezes, é falho em acolher e oferecer adequadamente o exame^{20,27}.

A prevalência de atitudes adequadas, sobretudo, justificada pelo relato de rotina como motivação principal, foi inferior ao observado no Paraná (72,7%), Argentina (80,5%) e Nordeste brasileiro (67,1%)^{11,28,29}, porém superior ao de Vasconcelos et al¹⁰ (2011), quando estudaram cerca de 250 mulheres cobertas por uma Unidade Básica de Saúde e evidenciaram taxa de 28% de adequação ao exame. A inadequação das atitudes observadas na amostra (42,7%), foi, assim, considerada, principalmente, em decorrência da queixa ginecológica como principal motivação à realização do exame, percentual superior ao de Santiago, Andrade e Paixão²¹. Esse achado demonstra que o objetivo do exame foi diverso do preconizado, que é o rastreamento do CCU, especialmente de mulheres assintomáticas, como recomenda o INCA⁸. Logo, é possível depreender que, caso não apresentassem sintomas, possivelmente não se submeteriam ao Papanicolau, deixando a prevenção em segundo plano.

A alta taxa de práticas apropriadas evidenciada neste estudo (79,8%) está de acordo com a recomendação atual para rastreio do CCU, periodicidade trienal após dois exames anuais negativos ou, ainda, em intervalos menores segundo

resultado anterior dos mesmos, sendo superior às encontradas por outros autores as quais variaram de 30,5% a 69,6%¹⁰⁻¹². É possível, por outro lado, que as mulheres estudadas não souberam distinguir corretamente entre a realização de exame ginecológico de rotina e o exame de Papanicolau, uma vez que em ambos são utilizados espéculos vaginais para visualização do colo^{12,21}.

No que tange a inadequabilidade da frequência de realização do Papanicolau, a prevalência descrita neste estudo (20,2%) foi inferior a de outras pesquisas encontradas na literatura^{11,29}. Cabe destacar que a prática irregular de realização da colpocitologia oncótica pode estar relacionada à falta de conhecimentos dessas mulheres às recomendações preconizadas pelos protocolos nacionais e internacionais, como também, falha das equipes da Estratégia de Saúde da Família em realizar a busca ativa por tais pacientes²¹.

As motivações não encontraram relação de significância com nenhuma das variáveis sociodemográficas aqui estudadas, consoante com um estudo realizado em Fortaleza¹⁰. Apesar disso, houve maior proporção de atitudes adequadas em mulheres sem companheiro, com mais anos de estudo e com ida anual ao médico o que concorda com alguns outros trabalhos que, além disto, evidenciaram relação significativa com tais variáveis^{11,12,29}. Outros fatores a serem notados, como submissão ao marido, círculo de amizade reduzido para tratar assuntos de saúde, menor grau de instrução e pouco acesso à informação podem ser fatores contribuintes para não demonstração de atitudes adequadas ao exame.

A adequabilidade das práticas sofreu interferência estatística em relação à frequência de ida ao ginecologista (aquelas que vão ao médico, pelo menos, uma vez ao ano apresentam práticas mais adequadas quando comparadas às que o fazem em intervalo de tempo maior), como também é ratificado em outros trabalhos^{12,29}. É possível que a cada ida ao médico seja colhido material para o exame o que justificaria tais resultados. A não significância das práticas quanto às características sociodemográficas, aqui estudadas, concorda com outros estudos conduzidos no Brasil^{11,29}. Possíveis justificativas para essa situação podem ser aventadas; a raça, por exemplo, depende da autodeclaração, o que diminui a objetividade da variável, além do que, a amostra apresenta pouca heterogeneidade, uma vez que a maioria reside na mesma área.

É importante ressaltar que as variabilidades de resultados apresentadas nos diversos trabalhos da literatura, tanto acerca das atitudes como das práticas, podem estar associadas a modelos teóricos e ferramentas de abordagem diferenciados entre os pesquisadores, ainda que, com critérios metodológicos semelhantes. Além disso, erros sistemáticos como os vieses de seleção, de conveniência, de informação e de confundimento podem estar presentes em maior ou menor grau em cada um dos estudos, conferindo fator limitante à validade dos resultados e de suas análises comparativas^{10-12,29,30}.

Conclui-se que a amostra estudada apresentou uma alta taxa de práticas adequadas, estando estatisticamente relacionada apenas à frequência de ida ao médico, enquanto a de atitudes foi em torno da metade das entrevistadas, sem associação causal a nenhuma das variáveis analisadas. Diante disso, fica evidente o papel do profissional médico sobre questões referentes à saúde da mulher. É possível que a forma de abordagem do tema (objetivos, vantagens e necessidade do exame), por esses profissionais, não esteja sendo suficientemente clara para que as mulheres os procurem com as motivações apropriadas.

Vale destacar, ainda, que outros profissionais, como enfermeiros, técnicos de enfermagem e estudantes dessas áreas, também são coparticipantes nesse processo de construção e adequação do saber, em especial, os trabalhadores da Atenção Primária, uma vez que estão em contato mais direto com a população. Por outro lado, os gestores em saúde devem oferecer condições de trabalho a fim de que esses profissionais possam atuar de maneira que as atitudes e práticas sejam trabalhadas conjuntamente e, a partir daí, as mulheres motivadas, empoderadas e sabedoras do real significado do exame Papanicolau utilizem-no de forma correta e possam, assim, estar devidamente protegidas.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. ABC do câncer: Abordagens básicas para o Controle do Câncer. 2 ed. Rio de Janeiro. 2012. 1-134 p.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa/2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2018. 1-126 p. Disponível em:
<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>
3. Audi CAF, Santiago SM, Andrade M da GG, Francisco PMSB, Audi CAF, Santiago SM, et al. Exame de Papanicolaou em mulheres encarceradas. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(3):675–8. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300675&lng=pt&tlng=pt
4. Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, Burda BU, Senger CA, Lutz K. Risk Factors and Other Epidemiologic Considerations for Cervical Cancer Screening: A Narrative Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011;(14):698–705.
5. Chelimo C, Wouldes TA, Cameron LD, Elwood JM. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. *J Infect.* 2013;66(3):207–17. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2012.10.024>
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando Sobre Câncer Do Colo Do Útero. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. 2002. 67 p.
7. Bekar M, Guler H, Evcili F, Demirel G, Duran O. Determining the Knowledge of Women and Their Attitudes Regarding Gynecological Cancer Prevention. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(10):6055–9.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf
9. Saslow D, Solomon D. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *Cancer J Clin.* 2012;62(3):147–72. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21139/full>
10. Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB, Castelo ARP, Costa LQ, Oliveira RG de. Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde 1. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19(1):1–9.

11. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. *Rev Saude Publica*. 2005;39(2):270–6.
12. Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS da, Silva LCM da, Brito AML de, Azevedo JWV de, et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):851–8.
13. Thuler LCS, Aguiar SS de, Bergmann A. Determinantes do diagnóstico em estadio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2014;36(6):237–43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000600237&lng=pt&nrm=iso&tling=en
14. Martínez-Mesa J, Werutsky G, Campani RB, Wehrmeister FC, Barrios CH. Inequalities in Pap smear screening for cervical cancer in Brazil. *Prev Med*. 2013;57(4):366–71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.06.026>
15. Petrus; JKB, Pereira Junior MV. A desigualdade socioespacial de São Luís (MA) demarcada pelos seus bairros. *Ateliê Geográfico*. 2015;9(2):170–89.
16. Bezerra SJS, Gonçalves PC, Franco ES, Pinheiro AKB. Perfil de Mulheres Portadoras de Lesões Cervicais por HPV quanto aos Fatores de Risco para Câncer ce Colo Uterino. *DST – J bras Doenças Sex Transm*. 2005;17(2):143–8.
17. Nascimento EGC do, Cavalcanti MAF, Alchieri JC. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do brasil. *Rev Salud Pública*. 2017;19(1):39–44. Disponível em: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/44544>
18. Saridi M, Kapogeorgou E, Rekleiti M, Geitona M, Souliotis K. Knowledge and attitudes of women regarding gynaecological cancer prevention in an urban area of Greece in financial crisis. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(4):710–7.
19. Gonçalves H, Gonçalves Soares AL, Bierhals IO, Machado AKF, Fernandes MP, Hirschmann R, et al. Age of sexual initiation and depression in adolescents: Data from the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort. *J Affect Disord*. 2017; 221(June):259–66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.033>
20. Driscoll SD. Barriers and facilitators to cervical cancer screening in high incidence populations: A synthesis of qualitative evidence. *Women Heal*. 2015; 56(4): 448–67. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03630242.2015.1101742>
21. Santiago TR, Andrade MS, Paixão GP do N. Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolaou. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(6):822–9.
22. Andrade MS, Almeida MMG de, Araújo TM de, Santos KOB. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2014;23(1):111–20. Disponível em:

http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en

23. Szwarcwald L, Viacava F, Vasconcellos MTL de, Leal MDC, Azevedo LO, Queiroz RSB de, et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003 O Brasil em números. *Radis*. 2004;23:14–33.
24. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines. 2º ed. vol. 1, *Health & Develop Networks* (HDN). Geneva; 2002. 1-180 p.
25. Ribeiro L, Bastos RR, Vieira M de T, Ribeiro LC, Teixeira MTB, Leite ICG. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Cad Saude Publica*. 2016;32(6):1–13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605003&lng=pt&tlng=pt
26. Cesar JA, Santos GB dos, Sutil AT, Cunha CF, Dumith S de C. Citopatológico de colo uterino entre gestantes no Sul do Brasil: um estudo transversal de base populacional. *Rev bras ginecol Obs*. 2012;34(11):518–23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001100007
27. Silveira NSP, Vasconcelos CTM, Nicolau AIO, Oriá MOB, Pinheiro PN da C, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame colpocitológico e sua relação com a idade feminina. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(0). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100336&lng=en&tlng=en
28. Silva DW Da, Andrade SM De, Soares DA, Turini B, Schneck CA, Lopes MLDS. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. *Rev bras ginecol Obs*. 2006;28(1):24–31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000100005
29. Albuquerque CLF de, Costa M da P, Nunes FM, Freitas RWJF de, Azevedo PRM de, Fernandes JV, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding the Pap test among women in northeastern Brazil. *Sao Paulo Med J*. 2014;132(1):3–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000100003&lng=en&tlng=en
30. Parreira BDM, Mendes LC, Canton HP, Gomes NS, Soares MBO, Silva SR da. Knowledge , Attitudes and University Practices on Prevention of Cervical Cancer. *J Nurs*. 2017;11:2116–21.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PADRONIZADO

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PADRONIZADO

1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

1.1 Nome: _____

1.2 Idade: _____ (em anos)

1.3 DN: ____/____/____

1.4 Faixa Etária: ____ (1) 10 a 14 (2) 15 a 19 (3) 20 a 29 (4) 30 a 39 (5) 40 a 49
(6) 50 a 59 (7) > 60 (9) Ignorado

1.5 Estado Civil: ____ (1) Solteira (2) Casada/União Estável (3) Separada/Divorciada
(4) Viúva (9) Ignorado

1.6 Raça: ____ (1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9)
Ignorado

1.7 Escolaridade: ____ (1) Analfabeta (2) EFI (3) EFC (4) EMI (5) EMC (6) ESI
(7) ESC (8) Pós-Graduada (9) Ignorado

1.8 Religião: ____ (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Ateu ou Agnóstico
(5) Umbanda ou Candomblé (6) Outras Religiões (9) Ignorado

Se outro, qual: _____

1.9 Naturalidade: _____

1.10 Procedência: _____

1.11 Exerce Atividade Remunerada: ____ (1) Sim (2) Não

1.12 Profissão: _____

1.13 Classe Social/Renda: ____ (1) E. < 1 SM (2) D. 1 a 3 SM (3) C. >3 a 5 SM
(4) B. >5 a 15 SM (5) A. >15 SM (6) Não Sabe (9) Ignorado

OBS: Salário mínimo (SM): R\$ 788,00

1.14 Etilista: ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

1.14.1 Se sim: ____ (1) até 3x por semana (2) 3 a 5x por semana (3) Todo dia
(4) Ocasionalmente (9) Ignorado

1.15 Tabagismo: ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

1.15.1 Se sim: ____ (1) até 6/dia (2) 6 a 10/dia (3) 10 a 20/dia (4) >20/dia (9) Ignorado

1.16 Menarca: ____ (1) <10 (2) 10 a 12 (3) 13 a 15 (4) >15 (5) Não Sabe (9) Ignorado

1.17 Coitarca: ____ (1) <10 (2) 10 a 12 (3) 13 a 15 (4) 16 a 18 (5) >18 (6) Virgem (7) Não Sabe (9) Ignorado

1.18 Nº Parceiros nos Últimos 10 anos: ____ (1) Nenhum (2) 1 (3) 2 a 4 (4) 5 a 7 (5) >7 (6) Não Sabe (9) Ignorado

1.19 Uso de Método Contraceptivo: ____ (1) Abstinência (2) Preservativo (3) Pílula (3) Injeção (4) DIU (5) Outros (6) Não usa (9) Ignorado

Se outro, qual: _____

1.20 Frequência do Uso de Preservativo: ____ (Onde 0 é NUNCA e 10 é sempre).

1.21 História de DST: ____ (1) Sim (2) Não (3) Não Sabe (9) Ignorado

Se sim, qual: _____

1.22 Fez Tratamento para DST: ____ (1) Sim (2) Não (3) Não Sabe (9) Ignorado

Se sim, qual: _____

1.23 Já Ouviu Falar da Vacina para o HPV? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

1.23.1 Se sim, quem? ____ (1) Familiares (2) Amigos/Conhecidos (3) Profissional da Saúde (4) TV/Internet (5) Outro (9) Ignorado

Se outro, qual: _____

1.24 História de Câncer na Família: ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

1.24.1 Se sim, qual? ____ (1) Mama (2) Câncer de Colo do Útero (3) Outro (4) Não Sabe (9) Ignorado

Se outro, qual: _____

1.24.2 Se sim, quem? ____ (1) Pai/Mãe (2) Irmãos (3) Avô/Avó (4) Tio/Tia (5) Outros (9) Ignorado

1.25 Gestações : ____ (1) 0 (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 ou mais (9) Ignorado

1.26 Abortamento: ____ (1) 0 (2) 1 a 3 (3) 4 a 6 (4) 7 ou mais (9) Ignorado

1.27 Nº de Partos: ____ (1) 1 a 3 (2) 4 a 6 (3) 7 ou mais (9) Ignorado

1.28 Frequência de Consulta com Ginecologista: ____ (1) 01x ao ano (2) 02x ao ano (3) A cada 2 anos (4) 3 anos ou mais (5) À Presença de Sintomas (6) Nunca (9) Ignorado

2. CONHECIMENTO ACERCA DO PAPANICOLAU DE RASTREIO

2.1 Já Ouviu Falar do Exame Papanicolau/ Preventivo? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

2.1.1 Se sim, por quem? ____ (1) Familiares (2) Amigos/Conhecidos (3) Profissional da Saúde (4) TV/Internet (9) Ignorado

2.2 Sabe o Objetivo do Exame: ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

2.2.1 Se sim, qual:

- a) **Detectar HPV:** ____ (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (9) Ignorado
- b) **Prevenção de Câncer de Colo do Útero:** ____ (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (9) Ignorado
- c) **Causa da Leucorreia:** ____ (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (9) Ignorado
- d) **Causa da Dor Pélvica:** ____ (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (9) Ignorado
- e) **Inflamação:** ____ (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (9) Ignorado
- f) **Detectar outra DST:** ____ (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (9) Ignorado
Se outro, qual: _____

Resposta Adequada: ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

2.3 Sabe a Periodicidade: ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

2.3.1 Se sim, qual? ____ (1) 01x ao ano (2) 02x ao ano (3) A cada 2 anos (4) A cada 3 anos (5) Depende do Resultado do Exame Anterior (9) Ignorado

Se depende, explique: _____

Resposta Adequada (MS) : ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

Resposta Adequada (NIBA) : ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

2.4 Você Sabe Quem Deve/Pode Fazer o Exame? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

2.4.1 Se sim:

- a) **A partir da Menarca?** ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado
- b) **A partir da Coitarca?** ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado
❖ **Se a partir da coitarca/menarca, qual momento/idade para iniciar?** ____ (1) Imediatamente (2) 15 (3) 20 (4) 25 (4) 30 ou mais
- c) **Pós-menopausa?** ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado
- d) **Qual idade encerra?** ____ (1) 50 (2) 55 (3) 60 (4) 65 (5) >65
- e) **Gestante?** ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado
- f) **Histerectomia total?** ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado
- g) **Imunossuprimidas?** ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado
Resposta Adequada: ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

2.5 Você Sabe Como é Realizado o Exame? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

2.5.1 Se sim:

a) Colhe-se Material da Parede Vaginal? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

b) Colhe-se Material do Colo do Útero? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

Resposta Adequada: ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

2.6 O Exame Precisa de Alguma Preparação Prévia da Mulher? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

2.6.1 Se sim:

c) Menstruada? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

d) Uso de Creme Vaginal nas Últimas 48h? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

e) Relação Sexual nas Últimas 48h? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

f) Ducha Vaginal nas Últimas 48h? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

g) Precisa Estar Depilada? ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

Resposta Adequada: ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

3. ATITUDES ACERCA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER CERVICAL

3.1 Você já se Submeteu ao Papanicolau: ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

3.1.1 Se sim:

a) Idade no Primeiro Exame: ____ (1) <15 (3) 15 a 18 (5) >18 (7) Não Sabe (9) Ignorado

b) Motivo para Realização do Primeiro Exame: ____ (1) Incentivo Familiar/Amizade (2) Preocupação com o Corpo (3) Outro (9) Ignorado

Se outro, qual: _____

c) Qual Frequência da sua Realização: ____ (1) 01x ao ano (2) 02x ao ano (3) A cada 2 anos (4) 3 anos ou mais (5) À Presença de Sintomas (6) Irregular (9) Ignorado

d) Motivo para Realização do Último Exame: ____ (1) Prevenção de Câncer Cervical (2) Queixa Ginecológica (3) Recomendação Profissional de Saúde (4) Incentivo de Amigos/Familiares (5) Rotina (6) Não sabe mas acha necessário (9) Ignorado

Se outro, qual: _____

e) Você Buscou o Último Resultado: ____ (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

❖ **Se não, qual principal motivo:** ____ (1) Medo (2) Situação de Trabalho (3) Falta de Tempo (4) Dificuldade de Financeira (5) Esquecimento (6) Ausência de Problemas Ginecológicos (7) Atraso na Entrega do Resultado (8) Algo Negativo Relacionado ao Profissional de Saúde (9) Descuido (99) Ignorado

3.1.2 Se não:

a) **Qual Principal Motivo:** _____ (1) Medo (2) Ausência de Queixa Ginecológica (4) Falta de Dinheiro (5) Descuido (6) Constrangimento (7) Não Saber do Exame (8) Médico Não Pede (9) Não Tem com quem Deixar Filhos/Parentes (10) Situação de Trabalho (11) Outros (99) Ignorado

Se outro, qual: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Percepções e Atitudes quanto ao Rastreamento do Câncer Cervical: o Saber e o Agir das Mulheres Atendidas por Programas de Extensão Universitários

Prezada Senhora,

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa intitulada **Percepções e Atitudes quanto ao Rastreamento do Câncer Cervical: o Saber e o Agir das Mulheres Atendidas por Programas de Extensão Universitários** que será realizada no Núcleo de Imunologia Básica e Aplicada (NIBA), situado na Universidade Federal do Maranhão, campus do Bacanga.

Essa pesquisa é muito importante porque nós, profissionais da saúde, temos percebido falta de conhecimento da população em geral, em especial de vocês mulheres, sobre a prevenção do câncer de colo uterino, como também, atitudes inadequadas diante os exames de rastreamento.

Nesse sentido, o nosso objetivo principal com a pesquisa é avaliar o que a senhora sabe sobre o exame, qual a sua função e importância. Além disso, como é que a senhora se comporta diante ao exame preventivo Papanicolau, por exemplo, se você faz o exame com rotina, quais motivos a levam a isso etc.

A sua participação é muito importante e ela será assim: você responderá a questionários individuais padronizados sobre o exame preventivo, hábitos de vida, fatores socioeconômicos e doenças que já apresentou ou apresenta.

Esclarecemos, ainda, que sua participação é totalmente voluntária e a senhora pode se recusar a participar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. As suas informações serão utilizadas somente para cumprir os objetivos dessa pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os riscos da sua participação na pesquisa são muito baixos, o que pode ser que aconteça é desconforto diante aos questionamentos. Os benefícios que nós esperamos são o melhor conhecimento das pessoas que são atendidas pelo NIBA, como também, a conscientização e a promoção de medidas

socioeducativas sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino e saúde sexual.

A senhora será entrevistada por alunos do curso de medicina, capacitados e que farão o máximo para deixá-la confortável. A senhora pode tirar dúvidas a qualquer momento e, mais uma vez, reforçamos que vamos tomar todas as medidas possíveis para tratar com o total sigilo as suas informações, durante e após a coleta dos dados.

Esclarecemos, ainda, que a senhora não pagará e nem será remunerada por sua participação. Caso tenha dúvidas ou necessite de mais esclarecimentos, pode nos contatar: Gelson Farias Arcos Júnior, telefone (98) 98137-8372; João Victor de Sousa Garcia, telefone (98) 99190-9165; Dra. Graça Maria de Castro Viana, telefone (98) 99612-6434.

Obs.: Em caso de denúncias ou reclamações, procure o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão, na Avenida dos Portugueses, 1966 CEB VELHO, Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética. Telefone: (98) 3272-8708; e-mail: cepufma@ufma.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à senhora.

São Luís, ____ de _____ de 201__

_____ (NOME COMPLETO),
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa,
concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Profª PhD Graça Maria de Castro Viana
Coordenadora da Pesquisa

ANEXOS**ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Percepções e Atitudes quanto ao Rastreamento do Câncer Cervical: O Saber e o Agir das Mulheres Atendidas por Programas de Extensão Universitários

Pesquisador: Graça Maria de Castro Viana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51793515.8.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.548.722

Apresentação do Projeto:

Introdução: O câncer cervical é a neoplasia mais prevalente nas mulheres maranhenses e, dentre todos os tipos de câncer, este é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente. Infere-se, portanto, que o conhecimento e práticas femininas em relação ao exame se dão de forma insatisfatória. **Objetivo:** Determinar o grau de conhecimento e conhecer a prática das mulheres atendidas por programas de extensão universitários quanto à prevenção do câncer de colo do útero. **Material e Métodos:** Estudo transversal, analítico-descritivo, de caráter quantitativo com mulheres atendidas por programas de extensão universitários vinculados ao Departamento de Patologia da Universidade Federal do Maranhão, campus Bacanga, as quais serão entrevistadas. A análise estatística será pelo programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0®. **Resultados Esperados:** Os autores esperam confirmar que a população estudada não apresentará conhecimentos e práticas adequadas quanto à prevenção do câncer cervical.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Determinar o grau de conhecimento das mulheres atendidas por programas de extensão universitários quanto à prevenção do câncer de colo do útero; Conhecer a prática das pacientes

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA



Continuação do Parecer: 1.548.722

atendidas quanto à prevenção do câncer de colo do útero.

Objetivo Secundário:

Conhecer as características sócio-demográficas das pacientes;

Determinar os fatores de adesão e os de não adesão ao exame preventivo Papanicolau;

Identificar comportamentos de risco e de proteção para o desenvolvimento de câncer;

Elucidar às pacientes quanto à importância do rastreamento do câncer cervical;

Informar às mulheres pesquisadas a respeito do objetivo, da periodicidade, da técnica e do público-alvo adequados para realização da colpocitologia oncológica;

Caracterizar comportamentos de risco e de proteção para contração e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis;

Promover palestras educativas sobre saúde sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Desconforto diante as perguntas do questionário; Exposição acidental da identidade das pacientes arguidas.

Benefícios:

A participação na pesquisa não onera a paciente;

Promoção de medidas socioeducativas sobre a prevenção do câncer de colo do útero.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta elaborada com todos os itens que são necessários ao seu desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12.

Recomendações:

Todas as recomendações foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA



Continuação do Parecer: 1.548.722

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_635096.pdf	11/03/2016 20:51:20		Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer_pendente.doc	11/03/2016 20:51:00	JOAO VICTOR DE SOUSA GARCIA	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	02/03/2016 21:56:59	Graça Maria de Castro Viana	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_RESPONSABILIDADE_FINANCEIRA.pdf	02/03/2016 21:55:44	Graça Maria de Castro Viana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/03/2016 21:52:34	Graça Maria de Castro Viana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	02/03/2016 21:51:42	Graça Maria de Castro Viana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.docx	02/03/2016 21:51:32	Graça Maria de Castro Viana	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao.pdf	01/12/2015 18:08:44	GELSON FARIAS ARCOS JÚNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto2.pdf	01/12/2015 18:07:49	GELSON FARIAS ARCOS JÚNIOR	Aceito
Outros	Responsabilidade_Dados.pdf	01/12/2015 18:05:12	GELSON FARIAS ARCOS JÚNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 17 de Maio de 2016

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO B – Normas de Publicação

Periódico: Revista de Saúde Pública

ISSN: 1518-8787

Fator de impacto JCR 2016: 1,353

Índice H (Scopus): 60

Qualis: A2 em Saúde Coletiva

Instruções aos Autores

1. Informações gerais; 2. Categorias de artigos; 3. Dados de identificação do manuscrito; 4. Conflito de interesses; 5. Declarações e documentos; 6. Preparo do manuscrito; 7. Checklist para submissão; 8. Processo editorial; 9. Taxa de publicação

1. Informações gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- PRISMA – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- STROBE – checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS – checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

2. Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das recomendações citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

Formatação:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: até 30 no total.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicações breves

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.
- Número de referências: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção

daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

MOOSE checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais

PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises

Revisão narrativa/crítica – A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Formatação:

- Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: sem limites.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e “oxigenar” controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Formatação:

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30 no total.
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

3. Dados de identificação do manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

4. Conflito de interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o

apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

5. Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors*, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Na submissão
b. Declaração de responsabilidade	Todos os autores	Na submissão
c. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
d. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) Carta de apresentação

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.

- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.
- Responder: Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

b) Declaração de responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria. Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

c) Agradecimentos

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

d) Transferência de direitos autorais

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês: O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido: Deve conter até 45 caracteres.

Descritores: Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *keywords*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas: Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos etc.

Resumo: São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução: Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos: Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados: Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão: A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver** – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documento citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200011. doi:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. doi:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas,

dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

7. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).
9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação, verificando se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.

12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

8. Processo editorial

a) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

b) Provas

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão “original aprovada”. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (*rolling pass*). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

9. Taxa de publicação

Embora as revistas recebam subvenções de instituições públicas, estas não são suficientes para sua manutenção. Assim, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa para garantir os recursos necessários para produção da RSP.

A USP garante os recursos básicos, mas não são suficientes. Assim, temos que contar com recursos complementares, além das agências de fomento.

A RSP em 2016 completa 50 anos de publicação e somente em 2012 iniciou a cobrança de taxa de artigos, fato este imperioso para garantir sua continuidade, sobretudo permitindo-lhe evoluir com tecnologias mais avançadas, mas que exigem também maior qualidade e recursos tecnológicos.

O valor cobrado é avaliado regularmente. Assim, para os artigos submetidos a partir de **janeiro de 2017**, o valor da taxa será de 2.200,00 para Artigo Original, Revisão e Comentário, e de 1.500,00 para Comunicação Breve.

A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.