

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ISABELLA SILVA PINTO

**A EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO
EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

SÃO PAULO
2019

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ISABELLA SILVA PINTO

**A EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO
EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

Trabalho apresentado à banca examinadora da
Universidade de São Paulo como requisito parcial
para a obtenção do título de bacharel em
Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Carla Marins Silva

SÃO PAULO
2019

ISABELLA SILVA PINTO

**A EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO
EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

Relatório final, apresentado a
Universidade de São Paulo, como parte
das exigências para a obtenção do título
de bacharel em Enfermagem.

São Paulo, 04 de Novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Carla Marins Silva

Prof. Dr. Avaliador

Prof. Dr. Avaliador

RESUMO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: A estratégia que apresenta resultado altamente eficaz no controle do câncer de colo de útero é o rastreamento em mulheres assintomáticas por meio do exame citopatológico. Porém, os protocolos ainda são elaborados na perspectiva do modelo biomédico com práticas normativas, hierarquizadas e prescritivas. Além disso, o ambiente do exame é cercado de práticas medicalizadas que podem afastar a mulher da rotina de realização, inclusive em grupos com informações privilegiadas como é o caso de estudantes da área da saúde. **OBJETIVOS:** descrever a experiência de estudantes de Enfermagem em relação ao exame preventivo do câncer de colo de útero e identificar as influências do modelo biomédico na adesão destas estudantes ao exame de forma regular. **METODOLOGIA:** Pesquisa descritiva, qualitativa, cujo cenário foi a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Foram incluídas 10 alunas matriculadas no curso de Enfermagem, de idade entre 21 e 32 anos, que tivessem se submetido a, pelo menos, 1 exame preventivo. Foram excluídas estudantes que tivessem relacionamento direto com a entrevistadora e que não tivessem cumprido disciplinas que abordassem prevenção de câncer de colo de útero e saúde da mulher. Foram gravadas entrevistas semiestruturadas e, posteriormente, transcritas para análise de conteúdo temática. **RESULTADOS:** Foram construídas 5 categorias: “Sentimentos ao se submeter ao exame”, as entrevistadas relatam sentimentos como medo, insegurança e impotência sobre seu corpo durante o exame a partir de suas experiências; “Sentindo-se desconfortável para fazer o exame”, categoria dividida em desconforto psicológico, descrito como medo de encontrar doença, se sentir violada, assustada e chorosa; e desconforto físico, relatado pela dor de introduzir o espécuro, sangramento durante o exame e manter uma posição desconfortável por muito tempo; “Sentindo-se motivada a se submeter ao exame regularmente apesar do desconforto”, as entrevistadas declaram que apesar do desconforto físico acreditam ser um exame importante e o realizam periodicamente; “Refletindo sobre assistência recebida e a medicalização do exame”, muitas relatam realizar o exame quando vai à consulta médica e lhe é prescrito e “O que pode minimizar o desconforto recebido na assistência”, dentre as práticas mais citadas

para diminuir o desconforto está a criação de vínculo, esclarecimento sobre o exame e possíveis dúvidas, assim como autonomia sobre o corpo de dizer o que não as deixa confortáveis. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo pretende contribuir na elaboração de condutas mais confortáveis e humanizadas que tragam benefícios à mulher, a fim de aumentar a adesão ao exame. Além disso, urge a necessidade de incluir o olhar das mulheres na formação de novos profissionais de saúde para fomentar ações desmedicalizadas durante a realização dos exames ginecológicos.

Descritores: Exame de papanicolaou; ginecologia; saúde da mulher

ABSTRACT

INITIAL CONSIDERATIONS: The strategy that has a highly effective outcome in the control of cervical cancer is screening in asymptomatic women through cytopathological examination. However, the protocols are still elaborated from the perspective of the biomedical model with normative, hierarchical and prescriptive practices. In addition, the examination environment is surrounded by medicalized practices that can take women away from the routine, including groups with privileged information such as health students. **OBJECTIVE:** Description of the experience of nursing students with cervical cancer preventive examination and identification of the influences of the biomedical model on student's adherence to the exam on a regular basis. **METHODOLOGY:** Descriptive and qualitative research, performed in the School of Nursing of the University of São Paulo (EE-USP). The sample included 10 students inscribed in the Nursing course, aged between 21 and 32 years, who had gone through at least 1 preventive exam. Students who had a direct relationship with the interviewer and who did not attend to disciplines related to cervical cancer prevention and women's health care were excluded. Semi-structured interviews were recorded and transcribed to be analyzed according to thematic content. **RESULTS:** Five categories were constructed: "Expectations about the exam", the interviewed reported feelings as fear, insecurity and powerlessness over their body during the exam from their experiences; "Discomfort to take the exam", this category was divided into psychological discomfort, described as fear of finding illness, feeling violated, scared, and tearful, and physical discomfort, reported by the pain in entering the speculum, bleeding during examination and maintaining an

uncomfortable position for a long time; “Motivation to undergo regular examination despite discomfort”, the respondents stated that despite physical discomfort they believe it is an important exam and undergo periodically; “Reflection on the assistance received and on the medicalization of the exam”, many reported conducting the exam when they go to the doctor’s appointment and are prescribed and “What can minimize discomfort received in care”, among the most cited practices to reduce discomfort is bonding, clarification about the exam and doubt, as well as autonomy over the body to say what does not make them comfortable. **FINAL CONSIDERATIONS:** This study aims to contribute to the development of more comfortable and humanized behaviors that bring benefits to women, in order to increase adherence preventive exams. In addition, there is a need to include women's eyes in the training of new health professionals to foment the unmedicalized actions during gynecological examinations.

Keywords: Pap smear; gynecology; women's health

INTRODUÇÃO

Atualmente, o câncer do colo do útero vem sendo muito discutido, sendo considerado como um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento devido à sua grande importância epidemiológica. É o câncer mais comum nas mulheres em 45 países do mundo, países menos desenvolvidos, onde a assistência de saúde para fazer o rastreamento é precária (WHO, 2016). De acordo com os últimos dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2012, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum em mulheres em nível mundial, que obteve cerca de 528 mil casos novos em 2012 (WHO, 2012).

No Brasil, os dados mostram que o câncer do colo do útero é mais comum na Região Norte, com incidência de 15,43 casos em 100 mil mulheres (BRASIL, 2018). É importante destacar que este tipo de câncer atinge, majoritariamente, mulheres com maior vulnerabilidade social, tendo em vista a ocorrência mais concentrada em regiões menos desenvolvidas (BRASIL, 2016). O câncer de colo de útero é o terceiro que mais atinge as mulheres no Brasil, em primeiro lugar está o câncer de mama com 59.700 casos novos e em segundo câncer de cólon e reto com 18.980 casos novos (BRASIL, 2018). Esta é uma realidade não só do Brasil, mas em todo o mundo. Quase nove em dez mortes por câncer do colo do útero ocorrem em regiões menos desenvolvidas, que representa quase 12% de todos os cânceres femininos (WHO, 2012). Dados epidemiológicos mostram que nas últimas três décadas a incidência deste tipo de câncer vem diminuindo em países que enfrentam o processo de transição socioeconômica. (BRASIL, 2015).

A prevenção primária para este tipo de câncer é baseada na diminuição do risco de contrair o HPV (papiloma vírus humano), que é considerado causa necessária para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Desta forma, são recomendados o uso de preservativos e a vacinação contra o HPV (BRASIL, 2017).

A prevenção secundária consiste na implementação da estratégia mais utilizada e que apresenta um resultado altamente eficaz no controle do câncer do colo do útero, que é o rastreamento em mulheres assintomáticas por meio do exame Papanicolau, o que permite obter a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase inicial (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

O Ministério da Saúde, no ano de 2011, lançou o Plano de Ações Estratégicas

para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), visando preparar o Brasil para enfrentar e deter estas doenças no período compreendido entre 2011 e 2022. O câncer está incluído nas DCNT e, como estratégia para reduzir a incidência do câncer do colo do útero, o Ministério da Saúde preconizou a ampliação da cobertura do teste de Papanicolau em mulheres que se encontram na faixa etária de rastreamento (BRASIL, 2011). Portanto, para que haja efetividade nesta prevenção e redução da incidência de morbimortalidade por câncer do colo do útero, faz-se necessária a adesão regular de uma alta proporção das mulheres ao exame (WHO, 2016).

As mulheres no Brasil têm realizado o exame Papanicolau quando procuram o serviço de saúde por outras razões. Desta forma, o rastreamento é considerado oportunístico e, por esta razão, 20% a 25% dos exames realizados têm sido fora do grupo etário recomendado pelo Ministério da Saúde e aproximadamente metade deles possuem intervalo de um ano ou menos, quando o recomendado são três anos. Assim, há um contingente de mulheres super rastreadas e outro contingente sem nenhum exame de rastreamento (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

No Brasil, entre 2007 e 2013, a proporção de exames realizados na faixa etária preconizada para o rastreamento passou de 73,7% para 78,7%. Também foi observado um aumento nas cinco regiões do país, sendo menos expressivo na Região Sul (BRASIL, 2015).

As estratégias utilizadas para aumento de cobertura de exames para prevenção ainda precisam ser debatidas, pois, apesar do aumento, ainda existe uma proporção de mulheres que morrem por esta doença que pode ser evitada e tratada antes mesmo de virar um câncer (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013). É possível que as estratégias recomendadas nos programas e protocolos nacionais e internacionais ainda são pensadas na perspectiva do modelo biomédico com práticas normativas, hierarquizadas e prescritivas. Além disso, o ambiente do exame é cercado de práticas medicalizadas que podem afastar a mulher da rotina de realização. A falta de vínculo com o profissional que o realiza, a conduta prescritiva do profissional e a falta de autonomia da mulher sobre o seu corpo no momento do exame fazem parte da prática do modelo biomédico (DAVIS-FLOYD, 2001; SILVA; VARGENS, 2013).

Assim, acredita-se que a percepção que a mulher tem acerca deste tipo de exame e o processo de interação social dela com o exame influenciam na sua realização. Fatores culturais, sociais, crenças, valores e experiências anteriores parecem ter grande impacto na adesão da mulher a este exame (GARCIA; PEREIRA; MARINHO, 2010; SILVA, 2015; SILVA, et al, 2016; SILVA; OLIVEIRA; VARGENS e 2016; BAIA, et al., 2018; FOXX, et al., 2018). Diante disso, é importante apreender as experiências de mulheres que tenham acesso privilegiado a informações sobre a prevenção do câncer de colo de útero e as influências do modelo biomédico neste contexto.

Em buscas realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Science Direct, em maio de 2018, com os descritores e termos “exame de papanicolaou”, “estudantes da área da saúde”, “saúde da mulher”, “pesquisa qualitativa” e “câncer de colo”. Os filtros utilizados foram: artigo completo de livre acesso; ano de 2012 a 2019; língua inglesa, portuguesa e espanhola.

No site da BVS apareceram 1257 artigos utilizando o descritor “Teste de Papanicolau” e seus sinônimos. Destes, 36 mostravam a perspectiva de mulheres no que tange as barreiras para adesão como o medo, a vergonha, desconforto e o desconhecimento sobre a finalidade do exame. Vale destacar que, na busca avançada cruzando os “Teste de Papanicolau” e seus sinônimos com os descritores/termos acima citados, surgem resultados semelhantes. Nesta busca, 5 artigos trouxeram as experiências de profissionais da saúde e universitárias, que conhecem o exame, consideram importante, mas, nem sempre o realizam periodicamente. Entretanto, ainda foi apontado falta de conhecimento por mulheres universitárias de regiões mais vulneráveis. Assim, o presente estudo se justifica, pois pretende contribuir para elucidação dos motivos para essa irregularidade mesmo com acesso a informação a partir de suas experiências.

Na base de dados PubMed, apareceram 1672 artigos sobre “Exame de Papanicolaou” – “Papanicolaou Test” (MESH) e seus entry terms. Nesta busca, 14 artigos mostram as barreiras para não realização regular do exame na perspectiva das mulheres como falta de apoio do cônjuge, falta de treinamento dos profissionais de saúde para promover um ambiente confortável para a realização do exame. Nesta busca, um artigo (OCBONNA, 2017), com estudantes da área da saúde e de

outras áreas de uma universidade do Reino Unido disseram não saberem muito sobre câncer de colo de útero e que não faziam o rastreio.

Quando cruzados os descritores de “Papanicolaou Test” (MESH) e seus entry terms e “Student Health Services” (MESH) e seus entry terms foram encontrados 191 artigos, sendo três estudos relacionados com a temática do presente estudo. Inclusive, estudos mais recentes demonstram maior acesso a informação. Destes, um estudo com universitárias de Botswana (TAPER, et al., 2017) mostra que elas não se consideram grupo de risco para câncer de colo de útero e por isso não se submetem ao exame regularmente. Quando cruzados os descritores de “Papanicolaou Test” (MESH) e seus entry terms e “Women's Health” (MESH) e seus entry terms, foram encontrados 231 artigos, sendo sete que mostravam a experiência das mulheres de forma parecida. Destaca-se para a abordagem da satisfação e adesão da mulher ao exame quando são oferecidas estratégias diferenciadas para a coleta, como por exemplo a auto coleta de exame de Papanicolau feita no domicílio pela própria mulher. Quando cruzados os descritores “Papanicolaou Test” (MESH) e seus entry terms e “Qualitative Research” (MESH) foram encontrados 34 artigos, sendo 4 que enfocam nas questões financeiras, organizacionais e importância da informação para redução das barreiras para adesão, de acordo com o olhar das mulheres. E, quando cruzados os descritores “Papanicolaou Test” (MESH) e seus entry terms com “Uterine Cervical Neoplasms” (MESH) e seus entry terms foram encontrados 1034 artigos. Destes, 8 artigos seguem a mesma ideia dos artigos explorados acima. Entretanto, merece destaque resultados que mostram mulheres, muitas vezes, não se preocupavam com o resultado do exame em si, mas sim com o ato de realização que provocava vergonha, dor e desconforto.

Na base de dados Science Direct, apareceram 82 artigos com o descritor “Papanicolaou Test” e seus entry terms. Além disso, foram utilizados os outros descritores “uterine cervical neoplasms”, “Women's Health” e “Qualitative Research” para busca avançada, porém, nenhum tinha relação com o objeto da atual pesquisa. Em geral os artigos, abordam genética do câncer de colo de útero, custo-efetivo de tratamento e rastreamento. Quando na perspectiva de mulheres, trazem experiência

de vivenciar o câncer propriamente dito e não tiveram estudantes da área da saúde como participantes.

Desta forma, diante da importância epidemiológica do câncer do colo do útero no Brasil, torna-se fundamental conhecer a experiência de mulheres sobre exame Papanicolau. A partir disso, esse trabalho poderá fomentar a elaboração de condutas mais confortáveis e humanizadas que tragam benefícios a mulher, a fim de aumentar a adesão ao exame e, conseqüentemente, o tratamento precoce das lesões precursoras. Além disso, este estudo poderá contribuir estimulando a produção científica sobre o tema proposto, tendo em vista a necessidade de discussão sobre este assunto na formação e qualificação profissional. Assim, poderá contribuir com o grupo de pesquisas “Enfermagem e assistência ao parto: modelos, agentes e práticas”, na linha de pesquisa “Modelos e práticas de cuidado na saúde da mulher” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Objetivos

Diante da complexidade deste contexto, pois envolve a implementação de políticas públicas e os significados, atitudes e percepções das mulheres para com elas mesmas e com o mundo à sua volta no que tange ao cuidado à saúde, foram delimitadas como questões norteadoras para esta investigação:

- Como é a experiência de estudantes de Enfermagem em relação ao exame preventivo do câncer de colo de útero?
- Quais as influências do modelo biomédico na adesão destas estudantes ao exame de forma regular?

Como caminho para buscar algumas respostas para esta indagação, os objetivos foram:

- Descrever a experiência de estudantes de Enfermagem em relação ao exame preventivo do câncer de colo de útero.
- Identificar as influências do modelo biomédico na adesão destas estudantes ao exame de forma regular.

Acredita-se que o modelo biomédico influencia nas estratégias de prevenção que são divulgadas e aplicadas para rastreamento. Assim, apesar das estudantes de ensino superior da área da saúde terem informações privilegiadas e considerarem

importante a realização do exame de forma regular, elas têm barreiras para a realização do exame fruto da dinâmica atual da coleta do exame prescritiva, hierarquizada e normativa.

Metodologia

Trata-se de pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, cujo cenário de pesquisa foram as dependências da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Situada no bairro Cerqueira César. Esse curso se distribui em faculdades localizadas na Cidade Universitária (Campus São Paulo) e no Quadrilátero da Saúde (Pinheiros), é um curso da saúde composto, predominantemente, por mulheres, na faixa etária de 18 a 25 anos. É integral e dura, em média, 4 a 5 anos.

Os critérios de inclusão das participantes do estudo foram: ser aluna matriculada no curso Enfermagem, acima de 18 anos, que tivessem se submetido a, pelo menos, 1 exame preventivo. Vale destacar que apesar da idade recomendada para início da coleta a partir dos 25 anos (BRASIL, 2013), existe o hábito de iniciar a demanda pela coleta a partir da primeira relação sexual. Por isso, a escolha pela idade de 18 anos. Foram excluídas estudantes que tivessem relacionamento direto com a entrevistadora e que não tivessem cumprido disciplinas que abordassem prevenção de câncer de colo e saúde da mulher. A justificativa para o cumprimento de disciplinas da área temática foi a construção do conhecimento técnico-científico e a possível influência na sua experiência pessoal.

Essas estudantes foram captadas face-a-face, de forma intencional, nas dependências da Universidade para participação voluntária. Para coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada composta por duas partes. A primeira, composta por questões fechadas com dados de caracterização e a segunda, com uma questão orientadora e tópicos que foram introduzidos ao longo da entrevista. Como estratégia para a realização das entrevistas, as participantes foram inicialmente esclarecidas acerca dos objetivos do estudo e convidadas a participar do mesmo. Mediante a manifestação do interesse, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após a assinatura do TCLE, foi realizada a entrevista, em local reservado, como jardim e Foyer da EEUSP, com

auxílio de um aparelho eletrônico. As entrevistas foram realizadas até a saturação teórica. O ponto de saturação pode ser determinado, quando o número de respostas não pode ser acrescentado a partir do aumento de entrevistas (THIRY-CHERQUES, 2009). Segundo Minayo (2017), a amostragem qualitativa ideal se apresenta em quantidade e intensidade, as diversas expressões do fenômeno estarão na busca pela qualidade das ações e interações durante o transcorrer do procedimento. Finalizada a coleta, foram realizadas as transcrições dos depoimentos e análise dos resultados.

Para a análise de dados foi empregada a análise de conteúdo temática de acordo com a sistematização proposta por Oliveira (2008). Segundo Bardin (2009), esta análise é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que, através da leitura e interpretação do conteúdo das mensagens, permite a realização da análise auxiliando na compreensão de seus significados. Para a aplicação desta técnica, as seguintes etapas foram seguidas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (OLIVEIRA, 2008).

Na etapa da pré-análise, foi estabelecido o primeiro contato com os documentos a serem analisados, selecionando os que foram importantes para a análise. A exploração do material consistiu na codificação dos dados obtidos em resultados para o estudo, gerando categorias. Posteriormente, os resultados foram tratados de modo a tornarem-se válidos para o estudo.

Seguindo essas etapas da análise temático-categorial, após a coleta e transcrição do material foi feita a leitura flutuante e exaustiva do material. Logo após, foram determinadas as unidades de registro (UR), que foram constituídas por ideias. Foi realizada uma marcação das UR através de cores, e as mesmas foram agrupadas e quantificadas. Posteriormente, foram definidas as unidades de significação ou temas a partir da associação das UR da mesma cor, sendo possível realizar o agrupamento das unidades de significação formando as categorias temáticas. Em seguida, foi realizada a construção dos quadros referentes às unidades de registro, unidades de significação/temas e categorias.

Foram respeitados todos os procedimentos éticos para realização do estudo, de acordo com as resoluções nº 466/2012 e 510/2016. O projeto foi apreciado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP, número do parecer: 3.301.494. As mulheres assinaram o TCLE e foram esclarecidas dos possíveis riscos e benefícios da sua participação na pesquisa. Por terem se tratado de entrevistas gravadas em aparelho eletrônico e por se tratar de uma temática que aborda aspectos de intimidade, existiam riscos, como por exemplo, a possibilidade de constrangimento, estresse, alteração emocional ou recordação de eventos passados que pudessem ser incômodos para a participante. Tais riscos puderam ser amenizados com a realização da entrevista em um lugar seguro e privativo, em que estava presente apenas a pesquisadora e a entrevistada.

Caso ocorresse algum tipo de desconforto emocional, a entrevista poderia ser interrompida no mesmo momento e conversado sobre isso com o gravador desligado. Foi informado também que não teria benefícios diretos ou compensações financeiras pela participação, mas estaria contribuindo para melhoria do atendimento a mulher durante a coleta do exame e, conseqüentemente, poderia contribuir para o controle do câncer de colo de útero.

RESULTADOS

	Faixa etária	Estado civil	Frequência que vai ao ginecologista	Frequência que realiza o exame preventivo
1a entrevista	21 a 26 anos	Solteira	Anualmente	Anualmente
2a entrevista	21 a 26 anos	Solteira	Anualmente	Anualmente
3a entrevista	21 a 26 anos	Solteira	Anualmente	Anualmente
4a entrevista	21 a 26 anos	Solteira	Anualmente	Outro: só realizou 1 vez
5a entrevista	21 a 26 anos	Solteira	De dois em dois anos	De três em três anos
6a entrevista	21 a 26 anos	Solteira	De dois em dois anos	Sempre que vai à consulta
7a entrevista	21 a 26 anos	Solteira	Anualmente	Anualmente
8a entrevista	27 a 32 anos	Solteira	Anualmente	Anualmente
9a entrevista	21 a 26 anos	Solteira	De três em três anos	De três em três anos
10a entrevista	21 a 26 anos	Solteira	Outro: 6 em 6 meses	Outro: 6 em 6 meses

QUADRO 1 - Caracterização das entrevistadas. São Paulo, 2019.

Caracterização das entrevistadas

Foram realizadas e analisadas 10 entrevistas. A faixa etária predominante com 90% das entrevistadas foi entre 21 e 26 anos, e 10% entre 27 e 32 anos, todas solteiras. 60% delas mantêm frequência anual de consultas com ginecologista, destas, todas se submetem ao exame anualmente na consulta. Apenas 10% realiza de três em três anos se 2 resultados negativos, conforme recomendação do ministério da saúde. 20% vai a consulta de dois em dois anos, sendo que metade realiza o exame de três em três anos e a outra metade sempre que vai a consulta. 10% realiza o exame de seis em seis meses, todas as vezes que vai em consulta.

CATEGORIA 1 - Sentimentos ao se submeter ao exame

Durante a entrevista, as mulheres revisitam sentimentos, medos e inseguranças vivenciados antes, durante e depois do exame a partir das suas experiências de vida e experiências vivenciadas em campos de estágio acadêmico na Atenção Básica.

Descreveram sentimentos como medo do primeiro exame, medo do exame machucar, medo de repeti-lo, medo por perder o controle sobre o próprio corpo, muitas tentam ficar calma e relaxar, mas relatam não conseguir, a tensão de saber o que vai acontecer durante o exame e falta de acompanhantes causam medo. Estas vivências têm relação com a atitude profissional e relatos de mulheres que se submeteram ao exame.

“Eu estava com medo antes porque eu nunca tinha feito, eu fui sozinha, né? [...] você não está tendo controle sobre o que estão fazendo no seu corpo, sabe? [...] teve o medo que, que era o ‘eu perdi minha virgindade com isso?’” (E1)

“E aí você já ficava meio desconfortável de ter que voltar e ter que passar por tudo isso de novo,” (E2)

“Achei meio ruim porque não explicavam o que estavam fazendo simplesmente iam lá e enfiavam o espécule na mulher e aquilo parecia doer muito,” (E4)

“Elas sempre falam, dá uma relaxada e você fala ‘estou tentando relaxar’” (E6)

“Mas eu estava com essa insegurança de que vai doer, vai doer,” (E8)

“Ninguém ali nem pra segurar minha mão,” (E10)

CATEGORIA 2- Sentindo-se desconfortável para fazer o exame

As entrevistadas relatam duas dimensões do desconforto durante o exame de papanicolaou, o desconforto psicológico e o desconforto físico. Serão descritos em 2 subcategorias “Sentindo desconforto psicológico” e “Sentindo desconforto físico”.

2.1 – Sentindo desconforto psicológico

Ao serem indagadas sobre as vivências durante o exame preventivo, mesmo as mulheres que não referem desconforto físico, apontam incômodos psicológicos. Relatam vergonha, constrangimento e vulnerabilidade com a exposição das partes íntimas e constrangimentos diante do profissional, sentindo-se violadas.

O não gostar de se submeter a esse exame também tem relação com não conseguir ver o que o profissional está fazendo, não se sentir acolhida, medo de sentir desconfortos físicos e medo dos resultados dos exames. Assim, sentem-se assustadas, com medo e chorosas.

“Era tipo assim, ‘porque que ninguém me falou que era tão horrível, sabe?’ [...] Foi bem ruim, mas só isso. (choro) [...] Sério deve ter durado 1 minuto, mas para mim foi uma eternidade. [...] Eu não sei foi muito ruim assim, eu me senti violada, foi isso,” (E1)

“Eu acho que por ter acontecido de machucar eu já começo a associar toda a dor e o desconforto e a pressão que eu senti antes com os próximos exames, [...] eu ficava ‘nossa eu estou fazendo pra curar uma doença, sabe? E não por fazer’ assim preocupava muito” (E2)

“Não me senti nada acolhida com o ginecologista, que eu estava de consulta, [...] mas é desconfortável você ficar de perna aberta pra frente de uma pessoa que você nunca viu na vida,” (E6)

“Mas eu fiquei bem ansiosa assim na hora da coleta.” (E7)

“Durante, acho que é um misto de vergonha” (E9)

“Eu quis vontade de chorar porque eu me senti mal pelo, pela atitude dela, entendeu?” (E10)

2.2 Sentindo desconforto físico

As estudantes referiram dor física e sangramentos durante o exame papanicolaou. Apontam o espéculo vaginal como o principal causador de incômodo por ser seco, duro e doer quando introduzido e aberto, algumas relataram sentir que estava rasgando a vagina. Desta forma, afirmam que a manutenção em uma mesma posição, o ambiente desconfortável e o procedimento em si com seus instrumentais impedem que as mulheres consigam relaxar durante o exame. Apesar de ser um desconforto esperado por elas, não gostam de realizar o exame porque dizem que doi.

“Não gosto porque dói muito, [...] pela dor, que era uma dor assim que me dava muita vontade de chorar, [...] era como se fosse rasgar a minha vagina assim,” (E1)

“Quando eu fui no banheiro que eu passei o papel, estava muito sangue, muito sangue, [...] ela fez com esses que era de metal, de inox eu acho, e aí durante o procedimento, durante a raspagem que ela fez machucou muito, [...] o medo de beliscar igual já aconteceu, que o medo de beliscar e puxar junto com a pele assim dá uma agonia de pensar que isso pode acontecer sabe?” (E2)

“Eu não senti que foi um ambiente acolhedor,” (E3)

“O desconforto eu acho que é mais da parte física mesmo, da da colocação do espéculo” (E5)

“Uma pontada assim na hora da passagem e também muita resistência muscular, eu não relaxei sabe? Foi isso que eu senti” (E7)

“Cólica com agulhada mais forte” (E8)

CATEGORIA 3- Sentindo-se motivada a se submeter ao exame regularmente apesar do desconforto

As principais motivações das participantes se submeterem regularmente ao exame preventivo são o início das relações sexuais, indicação médica, motivação pessoal para o autocuidado, como para procurar métodos contraceptivos. Além disso, entendem a importância do exame e não se importam em passar pelo desconforto que o procedimento provoca, apesar de entenderem o exame como uma obrigação.

De acordo com algumas participantes, o exame provoca desconforto físico, porém, não afetam seu planejamento e motivação para realizar o exame. Um ponto

importante, é que conhecer e ter liberdade com o próprio corpo contribuem para tranquilizar antes do procedimento.

Por se tratar de mulheres estudantes que cursaram disciplinas de saúde da mulher, também referem os conhecimentos construídos na graduação como motivações para se submeterem ao exame e entenderem o processo do atendimento, esses conhecimentos contribuem para o relaxamento durante o procedimento.

“Mas assim eu acho que para mim eu acho que está ok assim, eu não me importo, mesmo que seja um evento meio desconfortável que eu não goste e tudo o mais eu acho ok.” (E1)

“Então eu fazia todos os anos acho que só para ver se eu tinha ou não alguma coisa, se estava tudo tranquilo,” (E2)

“Nunca tive muito problema não, para mim é tranquilo fazer papanicolaou, [...] eu não sou uma pessoa que tem muita aflição tipo de exame nenhum assim médico, [...] então não é nossa uma aflição muito grande ter uma coisa invadindo assim porque eu meio que entendo que aquilo faz parte do meu corpo como qualquer outra coisa,” (E5)

“O primeiro eu fiz porque eu comecei a ter relação sexual. [...] Quando eu recebo o resultado é sempre um, um alívio,” (E6)

“É preventivo, eu acho que eu estou me cuidando,” (E8)

“Depois é uma coisa meio apática, sabe, tipo cumpri minha obrigação vou embora, acho que é isso” (E9)

CATEGORIA 4- Refletindo sobre assistência recebida e a medicalização do exame

As mulheres verbalizaram diferenciação na assistência prestada por profissionais médicos e de enfermagem, sendo os primeiros mais focados no procedimento, não esclarecendo dúvidas, enquanto profissionais da enfermagem criam vínculo facilmente com foco na privacidade. Também relataram preferirem realizar o exame na Atenção Básica ao invés de em consultórios médicos.

As mulheres consideram uma assistência de qualidade quando o profissional realiza perguntas sobre os hábitos dela, quando conversa para manter vínculo e quando fornece explicações e orientações sobre o exame. Consideram a demora

para iniciar o procedimento e ficar na posição ginecológica muito desconfortável, fazendo-as se sentirem muito sozinhas e relatam que um acompanhante teria deixado-as tranquilas.

Algumas se sentem incomodadas com profissionais homens, outras não tem problema com o sexo do profissional, entretanto apontam prestar atenção para o comportamento do profissional para identificar possível abuso ou inadequações no procedimento e algumas disseram sentir julgamento por parte do profissional, independente do sexo.

Relatam sempre práticas medicalizadas, retornando para refazer o exame por indicação médica, achando natural a periodicidade anual de refazer o exame, mesmo não sendo o preconizado pelo Ministério.

“Ninguém me explicou, ela não falou que ia sangrar sabe?” (E1)

“Toda vez que eu ia fazer eles falavam para eu voltar no ano que vem e fazer tudo de novo, os exames.” (E2)

“Agoniada, ah eu não queria voltar e repetir o exame com aquelas pessoas, sabe? [...] Eu acho que se deve ao fato de ser um menino que eu não estava confortável na situação e ele também me passava um pouco de insegurança [...] rola na cabeça tipo, ‘ah eu acho que agora eu não preciso fazer né, aí ninguém vai me julgar ninguém vai ficar precisando olhar e me julgar’” (E3)

“Se ele desse algum sinal de que ele poderia me abusar ou de que ele não respeita meu corpo ou que ele não está sendo bem, tipo não está fazendo o procedimento da maneira mais certa em relação à higiene, só.” (E5)

“Porque além de ser um exame que é, que é encaminhado por médico né, então, necessariamente, você tem que passar por um ginecologista, então uma mínima conversa ali, sobre porque que você quer aquele exame ou porque que você está procurando ou porque que o ginecologista está te indicando em fazer aquele exame vai ter que acontecer sabe,” (E6)

“Eu acho que é uma pena mesmo a gente não aproveitar essa situação para empoderar mais as mulheres e falar mais sobre a nossa, sobre a nossa saúde,” (E5)

“Foi uma enfermeira muito boa, me explicou tudo, fez até, explicou até o ciclo, ovulação, então ela foi bem atenciosa,” (E8)

“Eu nunca tinha passado e tipo o médico ele nem explicou o que ia acontecer, então eu fiquei numa posição muito passiva, sabe? [...] Com o profissional médico que eu fazia eu acho que a coisa era mais eu não sei como falar, é que seca não é a palavra que eu estou procurando, era uma

coisa mais, ele era muito direto ao ponto, sabe?” [...] Eu nunca mais voltei nele, eu esperei ele sair da UBS,” (E9)

“Não, eu sempre conversando com colegas assim, mas profissionais não, na verdade eu acho que cheguei a comentar com essa enfermeira a primeira que fez o papa, que foi um amor comigo,” (E10)

CATEGORIA 5- O que pode minimizar o desconforto recebido na assistência

As entrevistadas mencionam simpatia, gentileza e acolhimento como formas de deixá-las confortáveis e seguras. Assim como criação de vínculo com o profissional, possibilitando esclarecimento de dúvidas e relatar qualquer desconforto durante o exame para que seja interrompido. Explicações sobre o exame, sua importância e a preconização da frequência de rastreamento são ações esperadas pelas entrevistadas, pois com o conhecimento técnico científico da disciplina (orientação sobre frequência do exame, importância do exame), elas julgam essas ações necessárias e pouco vistas durante as consultas. Poder ir acompanhada, ter uma certa lubrificação no espécuro são práticas que diminuem o desconforto e ansiedade.

“Sobre o procedimento mesmo sobre o que eles iam fazer na coleta do exame, porque que eles estavam colhendo é o que poderia me ocasionar. [...] Eu achava que por eu já ter relação eu deveria fazer todos os anos o preventivo, aí foi só com a aula mesmo acho que ano passado ou o retrasado, que aí eu percebi que não tinha necessidade de eu ter sofrido a toa né por isso” (E2)

“Pensaria em ir acompanhada da próxima vez, pensei sobre isso” (E3)

“Eu acho que assim poderia ser convencionado de na realização do exame dá uma lubrificadinha no espécuro,” (E4)

“Não sei acho que seria um momento importante para gente conversar sobre vida sexual das mulheres assim,” (E6)

“Eu acho que ela poderia ter me mostrado os materiais, explicado para mim o que que ia ser feito como é que era, que ela ia passar o, o espécuro que ela ia coletar as células, ela não falou isso, ela só falou ‘é um exame para prevenir o câncer de colo’,” (E7)

“Então eu acho que essa é a importância a mulher se sentir segura quanto a saúde dela, essa é a função, a precaução, e a prevenção e se tiver alguma coisa já entra para o tratamento logo. [...] Ela falou ‘faz com a enfermeira

que eu conheço e que se você se sentir mal, não quiser, ela vai parar na hora' porque ela tinha mais intimidade com a enfermeira de falar isso," (E8)

"Pede licença, fala que se incomodar eu posso falar," (E10)

DISCUSSÃO

Ficou evidenciado a partir dos relatos das mulheres que as mesmas sentem a necessidade de realizar o exame por se tratar de um procedimento que faz parte da rotina da saúde da mulher. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) o exame papanicolaou deve ser realizado dentro de uma rotina anual, após dois exames consecutivos com resultados negativos, a rotina deverá ser feita a cada três anos. Isso demonstra que as mulheres se submetem ao exame para cumprirem uma norma considerada indispensável à saúde da mulher por determinação de órgãos superiores responsáveis pela promoção da saúde e controle do câncer.

As entrevistadas sentem-se motivadas em realizar o exame preventivo como sendo uma forma de se cuidar. Duavy et al (2007) também refere que as mulheres em sua pesquisa percebem o exame como uma forma de se cuidar, apontando também, que algumas mulheres procuram a consulta para tirar dúvidas para autocuidado.

Garcia, Pereira e Marinho (2010) dizem que embora haja propagação de informações às mulheres por meio da estratégia de saúde da família e pela mídia, ainda assim, grande parte das mulheres não possui entendimento sobre o exame e a sua devida importância. Neste contexto, evidenciam-se falhas nos serviços de educação em saúde, em relação ao objetivo do exame citopatológico e sua importância. Assim, é fundamental o desenvolvimento de atividades educativas para que o exame faça parte da vida da mulher e que ela tenha informações claras para o cuidado da própria saúde.

Entretanto, é importante lembrar que, na perspectiva das mulheres entrevistadas, o exame preventivo é considerado um procedimento invasivo ao corpo da mulher. Elas apontam o exame como desconfortável, revelando sensações de vergonha e constrangimento.

Moura et al (2010) discute que o profissional é considerado uma pessoa estranha a mulher e é este que é responsável pela avaliação do seu estado de

saúde. Para isso, a mulher precisa expor sua intimidade e seu corpo. A invasão ao corpo na mulher esta centrada na perda da autonomia. Corroborando com o presente estudo, Ferreira (2009) discute que as mulheres associam o sentimento de vergonha à sexualidade. Essa associação surge a partir do momento em que a mulher precisa expor sua intimidade e ter seus órgãos sexuais manipulados por outro, gerando sentimento de vergonha. Matão (2011) ressalta que a potencialização deste sentimento se dá também pela posição ginecológica na qual as mulheres são submetidas. Para Garcia, Pereira e Marinho (2010) o profissional deve ter mais sensibilidade e compreensão diante deste cenário bastante comum na realização do exame. Silva e Vargens (2013) afirmam que ao esperar pelo momento certo para a manipulação do corpo da mulher, mediante autorização da mesma, a realização de procedimentos invasivos deixa de ser uma decisão imposta, passando a ser proveniente de uma decisão compartilhada destacando-se o respeito pela privacidade e segurança da mulher.

O medo e o nervosismo são pontos muito relatados entre as mulheres. O medo para elas está relacionado ao procedimento em si. Garcia, Pereira e Marinho (2010) aponta que o medo é um fator de dificuldade durante a realização do exame, pois as mulheres o associam a dor e aos desconfortos causados durante o procedimento. Vale lembrar que não é apenas o desconforto físico, está presente também o desconforto mental ao se deparar com a situação de exposição. Também afirma que o momento do exame provoca tensões emocionais e que os sentimentos que emergem durante a realização do exame, tal como a vergonha devem ser trabalhados antes da realização do mesmo (MOURA et al, 2010).

Desta forma, torna-se necessário a adoção pelo profissional de tecnologias não invasivas de cuidado no atendimento e na realização do exame, a fim de proporcionar conforto às mulheres resgatando sua autonomia e diminuindo sensações de invasão, e sentimentos que interfiram no bem-estar.

Em seus depoimentos, as mulheres relatam que durante a coleta do citopatológico, sentem-se mais a vontade de acordo com o gênero do profissional que o está realizando. Nesta perspectiva de gênero, torna-se evidente a associação com a sexualidade e questões ainda relacionadas com a cultura tradicional e reprodução do gênero nas profissões.

Neste estudo, as mulheres verbalizam diferenças na atitude profissional de acordo com o gênero. Porém, acredita-se que a atitude profissional possa ser influenciada pelo gênero da profissão. Demonstram a ideia de que a mulher pode ter atitudes masculinas porque a medicina é uma profissão masculina, assim como homens enfermeiros podem ter atitudes femininas, porque a enfermagem é uma profissão feminina.

Aperibense e Barreira (2008) afirmam que a enfermagem é considerada uma profissão feminina por contemplar atividades que já eram realizadas pelas mulheres como o cuidar, educar e servir, que muita das vezes era visto como um dom. Já a medicina para Colling (2011) é uma profissão historicamente masculina claramente pelas relações de poder existentes culturalmente e politicamente, embora as mulheres apresentassem um saber maior que o dos homens na prática ao exercer atividades como curandeira, parteira entre outras. Independente disso, a atitude profissional que as mulheres esperam e desejam está voltada para a humanização no atendimento. Paula e Madeira (2003) afirma que os profissionais devem fazer da consulta ginecológica um espaço aberto em que a mulher se sinta a vontade para falar e ser ouvida, sentindo-se respeitada. De fato, essa conduta poderá interferir positivamente no momento do exame, diminuindo sensações e sentimentos que possam prejudicar a realização do exame e favorecendo uma relação positiva entre profissional e cliente. As mulheres associam o atendimento humanizado ao diálogo, muitas das vezes com inclusão de assuntos fora do contexto da consulta ginecológica, e ao tipo de relação estabelecida entre o profissional e a mulher. A partir das falas das entrevistadas, é possível identificar que as atitudes profissionais relatadas apresentam semelhanças com o modelo tecnocrático de assistência. Neste modelo, predomina o saber e a autoridade médica evidenciando um distanciamento do profissional com o cliente a partir do momento que as mulheres relatam falta de vínculo, falta de diálogo e técnica mecanicista. Assim, o corpo é visto como uma máquina e há uma separação entre corpo e mente. Outro ponto importante é que o diagnóstico e o tratamento são feitos de fora para dentro e a autoridade está nas mãos do profissional, havendo desta forma, uma constante separação entre o cliente e o profissional (DAVIS-FLOYD, 2001). Esse modelo se contrapõe ao modelo humanístico, que possui como algumas de suas premissas, as

decisões e responsabilidade compartilhadas e a tecnologia contrabalanceada com a humanização, além da conexão entre corpo e mente e a visão do corpo como um organismo. (DAVIS-FLOYD, 2001). Nesta perspectiva, as entrevistadas apontam para a necessidade de serem vistas e entendidas holisticamente com uma constante conexão entre corpo e mente, buscando encontrar um profissional que considere seu corpo como um organismo e não como uma máquina.

A partir disso, torna-se evidente que as mulheres percebem atitudes ainda pautadas na rotina biomédica. O profissional se limita a cumprir uma rotina de trabalho, e reproduzir assim, o modelo tecnocrático de assistência. Diante disso, para a eliminação de práticas medicalizadas na assistência ginecológica e para a incorporação de um modelo humanístico, é necessária a adoção de práticas humanizadas e utilização de tecnologias não invasivas dentro da consulta ginecológica a fim de contribuir no conforto, satisfação e retorno da mulher à consulta (SILVA, VARGENS, 2013). Vargens e Proganti (2007) apontam que o estabelecimento de vínculo é uma maneira de humanizar a assistência à mulher. Silva e Vargens (2013) sugerem em seu estudo, a adoção de estratégias que podem contribuir para a mudança desse modelo. Como exemplo, retirar a mesa durante a consulta representando a eliminação de barreiras durante a comunicação. Para a realização do exame, a atitude de entregar o espéculo vaginal nas mãos da mulher possibilitando que a mesma consiga ver, sentir e tocar é outro exemplo que está incluso na perspectiva da não invasão. Essas condutas permitem que a mulher resgate sua autonomia e participe do processo do cuidar como sujeito ativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que as mulheres percebem o exame como uma forma de se cuidar. Sentem-se motivadas a buscar o exame pela prevenção e pelo medo de adquirir a doença. Buscam o exame por o perceberem como um procedimento necessário e que faz parte da rotina da saúde da mulher.

Caracterizam o exame como desconfortável por ser invasivo ao corpo da mulher e por ser um procedimento mecanicista em que há dificuldades de interação

entre profissional e mulher. Constatou-se também, que dentro das perspectivas de gênero, a cultura de gêneros nas profissões influencia as atitudes dos profissionais.

Dentre as atitudes que podem diminuir os desconfortos apresentados, ficou evidenciado que atitudes humanizadas, o vínculo com o profissional e o diálogo são imprescindíveis para assegurar conforto à mulher durante a realização do exame.

Diante disso, o enfermeiro precisa assumir um papel de agente inovador ao contribuir com a reorientação da consulta ginecológica, a fim de promover a desmedicalização através de práticas humanizadas que resgatem a autonomia e identidade da mulher, propiciando um ambiente acolhedor e confortável que possa favorecer seu bem-estar e sua satisfação.

Desta forma, este estudo, pode contribuir com discussões sobre a desmedicalização no âmbito da assistência ginecológica, oferecendo subsídios para o estabelecimento de novas condutas assentadas nestas reflexões.

REFERÊNCIAS

APERIBENSE, P.G.G.S.; BARREIRA, L.A. Nexos entre enfermagem, nutrição e serviço social, profissões femininas pioneiras na área da saúde. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v.42, n.3, p. 474-482, 2008.

BAIA, E.M. et al. Dificuldades enfrentadas pelas mulheres para realizar o exame papanicolaou: revisão integrativa. *Revista Nursing*, São Paulo, 21, 238, p. 2068-2074, março 2018.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. 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. rev. atual. Rio de Janeiro, 2016.

COLLING, A.M. As primeiras médicas brasileiras: mulheres à frente de seu tempo. *Fronteiras*, v. 13, n. 24, p. 169-183, jul./dez. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução 466, de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução 510, de abril de 2016. Ética na pesquisa na área de ciências humanas e sociais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2016.

Controle integral do câncer do colo do útero: Guia de práticas essenciais, 2016. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31403/9789275718797-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>. Acesso em jan., 2019.

Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2015.

DAVIS-FLOYD, R. *The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth*. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, London, v. 75, p. 5–23, 2001.

DUAVY, L.M. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciência & Saúde coletiva*, Ceará, v. 12, n. 3. p. 733-742, 2007.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, v. 13, n.2, p.378-384, abr./jun. 2009.

FOXX et al. *Cervical Cancer Screening and Follow-Up Procedures in Women Age <21 Years Following New Screening Guidelines. Journal of Adolescent Health*, 62, p. 170-175, 2018.

GARCIA, C.L.; PEREIRA. H.C.; MARINHO, M.N.A.S.B. Percepção das mulheres acerca do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. *RBPS*, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 118–125, abr./jun. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (BRASIL). Estimativa, 2018: incidência de câncer no Brasil, 2018. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em jan., 2019.

MATÃO, M.E.L. et al. Percepção de mulheres acerca do exame colpocitológico. *Revista de enfermagem do centro oeste mineiro*. v.1, n.1, p. 47-58, 2011.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2017

Ministério da Saúde. Campanha contra o HPV. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/hpv/index.html>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

MOURA, A,D,A. et al. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. Ver. Rene, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 94-104, Jan./mar. 2010.

OGBONNA, F.S. *Knowledge, attitude, and experience of cervical cancer and screening among Sub-saharan African female students in a UK University*. Ann Afr Med, 16, 1, p. 18-23, 2017.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Revista Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, v. 16, n.4, p.569-576, out./dez. 2008.

PAULA, A.F; MADEIRA, A.M.F. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. Rev. esc. enferm. USP , São Paulo, v. 37, n. 3, p.88-96 , 2003.

SILVA, C. M. et al. Consulta ginecológica e a relação profissional-cliente: perspectiva de usuárias. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1–6, 2016.

SILVA, C. M.; OLIVEIRA, D. S; VARGENS, O. M. C. Percepção de mulheres sobre o teste de Papanicolau. Rev. Baiana de Enfermagem, Salvador, v.30, n. 2, p. 1–9, abr./jun. 2016.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. Estratégias para a desmedicalização na consulta de enfermagem ginecológica. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 127–130, jan./mar. 2013.

SILVA, M. A. S. et al. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. Rev. Rene, Fortaleza, v. 16, n. 4, 2015.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. PMKT - Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 20-27, set. 2009.

VARGENS, O.M.C; PROGIANTI,J.M; ARAÚJO, L.M. A humanização como princípio norteador do cuidado à mulher. In: Quintella RA, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. São Paulo: Manole; 2007. p. 277-87.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence.

APÊNDICE A - Síntese das unidades de registro e unidades de significação na análise de conteúdo

Cód. da US	Temas/Unidades de Significação	Número de Unidades de Registro										Total UR	Número Total de entrevistas analisadas
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10		
1	Não gosta do exame porque doi	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10
2	O exame é horrível	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	
3	Vontade de chorar pela dor do exame	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
4	O exame é ruim	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
5	Dor quando coloca espéculo	5	0	0	0	0	0	2	0	0	0	7	
6	Vínculo com o profissional	2	0	1	2	0	0	0	1	2	2	10	
7	O exame doi	13	1	0	0	0	0	3	5	0	1	23	
8	Fez porque médico indicou	2	4	4	0	1	1	0	1	0	0	13	
9	Importância da disciplina	0	4	2	0	0	0	4	3	2	1	16	
10	Exame demora	6	0	0	0	0	2	0	0	0	0	8	
11	Medo do primeiro exame	4	0	0	2	0	2	0	0	2	0	10	
12	Incômodo do espéculo	0	5	0	2	1	1	3	0	0	0	12	
13	Vontade de chorar	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	

14	Ok se submeter ao exame	2	2	4	0	1	3	1	2	0	0	17
15	Incômodo da escovinha	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
16	Fez porque teve relação	1	2	0	0	0	4	2	1	1	0	11
17	Sensação de rasgar a vagina	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
18	Ambiente desconfortável	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
19	Avaliação da assistência	5	0	0	0	0	0	0	3	0	0	8
20	Sensação de abrir demais o espêculo	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
21	Desconforto psicológico	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	7
22	Exame é desconfortável	2	2	0	0	5	4	3	0	0	0	16
23	Medo de ter a virgindade perdida	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
24	Profissional não explicou	0	1	0	0	0	0	5	0	1	3	10
25	O exame machuca	0	5	0	0	0	1	0	0	0	0	6
26	Não querer repetir o exame	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4
27	Medo de repetir o exame	0	3	0	1	0	0	0	1	0	0	5
28	Sangrou	4	6	0	0	0	0	0	1	0	0	11
29	O que o profissional poderia perguntar/falar	8	4	0	2	0	13	3	1	1	0	32
30	Avaliação da atenção básica	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
31	Importância do exame	3	0	0	1	0	7	3	6	1	6	27

32	Tentar relaxar e não conseguir	2	2	0	0	0	3	2	0	0	0	9
33	Fez para saber se tava tudo bem	0	1	4	3	0	0	0	2	1	0	11
34	Sofrimento físico	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
35	Falta de controle pelo próprio corpo	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
36	Medo de beliscar a pele	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
37	Poderia ser diferente	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
38	Não saber o que tinha acontecido após exame	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
39	Falta de vínculo com o profissional	0	2	0	0	0	0	0	3	2	1	8
40	Medo porque foi sozinha	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
41	Não conseguir conversar com o profissional	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	5
42	Ficar tranquila com acompanhante	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0	5
43	Se sentiu violada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
44	O que o profissional fez/falou que incomodou	2	0	0	0	0	2	1	0	1	9	15
45	Fez pra colocar diu	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
46	O exame incomoda	0	3	0	0	1	2	0	0	1	0	7
47	Relação profissional homem x mulher	0	1	3	0	0	0	0	0	2	0	6

48	Falta do acompanhante	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3
49	Medo de ter doença	0	4	0	0	0	1	2	4	1	8	20
50	Orientação sobre frequência do exame	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	4
51	Vergonha	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3
52	Ficou nervosa	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
53	Esperar muito tempo sozinha	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
54	Julgamento do profissional	0	0	4	0	0	0	0	6	1	2	13
55	Não sentiu dor	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3
56	Experiências na disciplina	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4
57	Conseguir relaxar	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
58	Exame foi tranquilo	0	0	0	3	7	0	0	0	1	1	12
59	Indicação médica	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	3
60	Privacidade	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
61	Não fica neurada	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
62	Lubrificação do espêculo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
63	Não tem aflição de exames	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
64	Não fica ansiosa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
65	Não tem medo da invasão do corpo	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
66	Não fica nervosa	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2

67	Não fica incomodada	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
68	Presta atenção nas ações do médico	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
69	Incômodo da raspagem	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
70	Não se sentiu acolhida	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
71	Avaliação do profissional da enfermagem	0	4	0	0	0	3	0	4	2	5	18
72	Medicalização do exame	0	0	0	0	7	1	0	0	0	0	8
73	Exposição do corpo	0	0	0	0	0	10	0	0	1	0	11
74	Tentar ficar calma e não conseguir	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
75	Avaliação do profissional médico	0	0	0	0	0	7	0	0	5	0	12
76	Exame não doi	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	6
77	Tensão por saber o que vai acontecer	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
78	Posição desconfortável	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
79	Se sentiu constrangida	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
80	Não ter problema profissional homem	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
81	Alívio após exame	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
82	Fica ansiosa	0	0	0	0	0	2	3	0	4	0	9
83	Acompanhante como estressor	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1

[illegible]

99	Sente que o exame é uma obrigação	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
100	A experiência foi ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
101	Não se sente desconfortável	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
102	Se sentiu apavorada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
103	Se sentiu um lixo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
104	Chorou após o exame	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
105	Ficou assustada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
106	Se sentiu vulnerável	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
107	Fez porque tinha bastante corrimento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
108	Foi uma sensação diferente	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3

Quadro 2 - Síntese das unidades de registro e unidades de significação na análise de conteúdo. São Paulo/SP-2019.

APÊNDICE B - Síntese da construção de categorias na análise de conteúdo

Temas/Unidades de significação	Nº UR/Tema	Categorias	Nº UR/Categoria
Medo de ter perdido a virgindade	2	Sentindo medos e insegurança sobre o exame	60
Medo do primeiro exame	10		
Medo de repetir o exame	5		
Medo porque foi sozinha	4		
Medo de machucar	10		
Medo da mãe	3		
Falta de controle pelo próprio corpo	5		
Tentar relaxar e não conseguir	9		
Tentar ficar calma e não conseguir	2		
Experiências na disciplina	4		
Falta do acompanhante	3		
Tensão por saber o que vai acontecer	3		
Medo de ter doença	20	Sentindo desconforto psicológico	104
Exame demora	8		
Desconforto psicológico	7		
Se sentiu violada	1		
Não se sentiu acolhida	8		

Se sentiu constrangida	2		
Se sentiu apavorada	1		
Se sentiu um lixo	1		
Se sentiu vulnerável	4		
Ficou assustada	2		
Fica ansiosa	9		
Ficou triste	2		
Vergonha	3		
Vontade de chorar	3		
Exposição do corpo	11		
Ficou nervosa	1		
Privacidade	2		
Chorou após exame	1		
A experiência foi ruim	3		
Acompanhante como estressor	1		
O exame é ruim	8		
O exame é horrível	6		
Sensação de abrir a vagina	1	Sentindo desconforto físico	111
Medo de beliscar	1		
Sensação se abrir demais o	2		

espécuro			
Sensação de rasgar a vagina	8		
O exame doi	23		
Sangrou	11		
Incômodo da raspagem	1		
Posição desconfortável	1		
O exame machuca	6		
O exame incomoda	7		
Exame é desconfortável	16		
Incômodo do espécuro	12		
Incômodo da escovinha	1		
Dor quando coloca espécuro	7		
Vontade de chorar pela dor do exame	2		
Sufrimento físico	2		
Exame é invasivo	2		
Ambiente desconfortável	2		
A experiência foi estranha	1		
Foi uma sensação diferente	3		
Não gosta do exame porque doi	2		

Ok se submeter ao exame	15	Sentindo-se motivada a se submeter ao exame regularmente apesar do desconforto	91
Considera o exame um autocuidado	3		
Fez para saber se tava tudo bem	11		
Não se sente desconfortável	1		
Se sente confiante e segura em fazer o exame	4		
Não sentiu dor	3		
Exame foi tranquilo	12		
Não fica neurada	1		
Não fica ansiosa	1		
Não fica incomodada	1		
Exame não doi	6		
Não fica nervosa	2		
Não tem aflição de exames	2		
Não tem medo da invasão do corpo	3		
Fez porque tinha bastante corrimento	3		
Fez porque teve relação	11		
Fez porque queria tomar anticoncepcional	1		
Fez pra colocar diu	2		

Alívio após exame	3		
Conseguir relaxar	2		
Fez porque a mãe orientou fazer	2		
Fez porque teve relação desprotegida	1		
Sente que o exame é uma obrigação	1		
Medicalização do exame	8	Refletindo sobre assistência recebida e a medicalização do exame	151
Indicação médica	3		
Fez porque médico indicou	13		
Avaliação do profissional da enfermagem	18		
Avaliação do profissional médico	12		
Profissional não explicou	10		
Avaliação da assistência	9		
Avaliação da atenção básica	1		
Falta de vínculo com o profissional	8		
Não conseguir conversar com o profissional	5		
Julgamento do profissional	13		
Relação profissional homem x mulher	6		

Conseguiu conversar com o profissional	2		
Não ter problema profissional homem	1		
Presta atenção nas ações do médico	3		
Não sabia o que estava acontecendo	11		
Esperar muito tempo sozinha	1		
Não querer repetir o exame	4		
Natural a periodicidade de 1 ano para realizar o exame	3		
Não saber o que tinha acontecido após exame	4		
Poderia ser diferente	1		
O que o profissional fez/falou que incomodou	15	O que pode minimizar o desconforto recebido na assistência	102
O que o profissional poderia perguntar/falar	32		
O que o profissional faz/fala que deixa mais tranquila	7		
Vínculo com o profissional	10		
Importância da disciplina	16		
Orientação sobre frequência do exame	4		
Importância do exame	27		

Ficar tranquila com acompanhante	5		
Lubrificação do espécúlo	1		

Quadro 3 - Síntese da construção de categorias na análise de conteúdo. São Paulo/SP-2019.

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados

1 – Nome (iniciais):

2- Faixa etária:

() 21 a 26 anos. () 39 a 44 anos.

() 27 a 32 anos. () 45 a 50 anos.

() 33 a 38 anos. () acima de 51 anos.

3 – Estado Civil

() Casada. () Solteira.

() Viúva. () União consensual.

() Separada/desquitada/divorciada. () Outros.

4 – Com que frequência você vai ao ginecologista?

() Anualmente. () De dois em dois anos.

() De três em três anos. () Outro _____

5 – Com que frequência você realiza o exame preventivo?

() Sempre que vai à consulta () Anualmente

() De dois em dois anos () De três em três anos

() Outro _____

Questão disparadora da entrevista:

Conte-me como é, para você, vivenciar/experenciar o exame preventivo de colo do útero.

Tópicos a serem abordados na entrevista:

1. Importância do exame
2. Finalidade/função do exame preventivo do câncer do colo do útero

3. Motivação para fazer o exame
4. Sentimentos/ sensações antes, durante e após o exame
5. Medicalização do exame

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a senhora a participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada “A EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE ENSINO SUPERIOR DA ÁREA DA SAÚDE EM RELAÇÃO AO EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO” desenvolvida pela graduanda Isabella Silva Pinto sob orientação da Prof.^a Dr.^a Carla Marins Silva.

A pesquisa tem por objetivo: **Descrever a percepção de estudantes da área da saúde sobre o exame preventivo do câncer do colo do útero.**

A investigação será conduzida pela pesquisadora e as respostas serão gravadas em aparelho celular ou gravador digital mp3. A entrevista será realizada, de acordo com a sua disponibilidade, nas dependências do jardim e Foyer da EEUSP. O tempo estimado de duração é de mais ou menos 20 minutos.

A participação nesta pesquisa poderá acarretar **riscos**, como: possibilidade de estresse, alteração emocional e constrangimento. Tais riscos podem ser amenizados com a realização da entrevista em um lugar seguro e privativo, em que estará presente apenas a entrevistadora e a entrevistada. **A sua participação neste estudo é voluntária.** Mesmo que você decida participar, você **tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento**, sem incorrer nenhuma penalidade. Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, assim como não ocorrerão riscos diretos relacionados à participação das voluntárias.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, ou a qualquer momento.

O material coletado ficará arquivado com a pesquisadora por um período de 5 anos e posteriormente será incinerado, a senhora poderá ter acesso a esse material a qualquer momento, podendo inclusive fazer modificações que achar necessárias. **A sua identidade será preservada como informação confidencial.** Os resultados do estudo podem ser publicados, mas sua identidade não será revelada sem seu consentimento por escrito.

Benefícios: este estudo terá como benefício uma reflexão sobre o atendimento à mulher, o que poderá fomentar a elaboração de condutas mais confortáveis e humanizadas para a mulher durante a consulta ginecológica.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado e rubricado em 2 vias e a senhora receberá uma via. E, poderá ter acesso aos resultados do estudo, caso você os solicite e em caso de dúvida deve contatar com Carla Marins Silva – carlamarinss@hotmail.com – 987523079 ou Isabella Silva Pinto – isabella.silvap@outlook.com – 977482608 na Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 - Cerqueira César, São Paulo - SP, 05403-000. Segue abaixo, também para o esclarecimento de dúvidas, o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu li e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas foram respondidas a contento. Portanto, consinto voluntariamente em participar deste estudo.

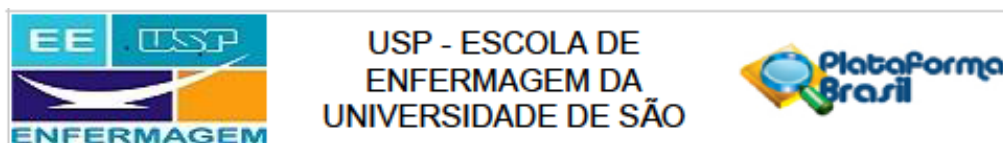
Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da aplicadora do TCLE

Assinatura da participante do estudo

Data: / /

APÊNDICE E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Nº 3.301.494



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Pesquisador: CARLA MARINS SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 06511719.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.301.494

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de aluna de graduação em enfermagem Isabella Silva Pinto vinculada ao Programa Unificado de Bolsas (PUB) e orientada pela Profa Dra Carla Marins Silva. A pesquisa é pautada na importância da detecção precoce de lesões precursoras do câncer de colo de útero por meio do exame citopatológico e da adesão regular das mulheres ao exame, muitas vezes comprometida por barreiras ou experiências prévias ruins. A pesquisa, do tipo descritiva e de abordagem qualitativa, será realizada na Escola de Enfermagem da USP. Os seguintes critérios de inclusão dos participantes serão considerados: aluna matriculada no curso Enfermagem, acima de 18 anos, que tenha se submetido a, pelo menos, um exame preventivo. Serão excluídas estudantes que tenham relacionamento direto com a entrevistadora e que não tenham cumprido disciplinas que abordem prevenção de câncer de colo e saúde da mulher. Essas estudantes serão captadas face-a-face, de forma intencional, nas dependências da Universidade para participação voluntária. Para coleta dos dados será utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada composto por duas partes (questões fechadas e questão disparadora). A entrevista será realizada em local reservado e gravada com auxílio de um aparelho eletrônico. A análise de dados será realizada de acordo com a sistematização proposta por Oliveira (2008), composta de 3 etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.301.494

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a experiência de estudantes de Enfermagem em relação ao exame preventivo do câncer de colo de útero e identificar as influências do modelo biomédico na adesão destas estudantes ao exame de forma regular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por se tratar de uma entrevista gravada em aparelho eletrônico e de uma temática que aborda aspectos de intimidade, existem riscos associados à pesquisa, como por exemplo, a possibilidade de constrangimento, estresse, alteração emocional ou recordação de eventos passados que possam ser incômodos para a participante. Tais riscos poderão ser amenizados com a realização da entrevista em um lugar seguro e privativo, em que estará presente apenas a pesquisadora e a entrevistada. Caso ocorra algum tipo de desconforto, a entrevista será interrompida.

Os resultados da pesquisa trarão como benefícios informações para a melhoria do atendimento a mulher durante a coleta do exame e, consequentemente, poderá contribuir para o controle do câncer de colo de útero. Além disso, poderá fomentar a elaboração de condutas mais confortáveis e humanizadas que tragam benefícios a mulher, a fim de aumentar a adesão ao exame e, consequentemente, o tratamento precoce das lesões precursoras. Este estudo também poderá contribuir estimulando a produção científica sobre o tema proposto, tendo em vista a necessidade de discussão sobre este assunto na formação e qualificação profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem potencial para fornecer importantes informações sobre as experiências das estudantes quanto ao exame preventivo do câncer de colo de útero e possíveis influências do modelo biomédico na adesão regular ao exame e esses dados poderão auxiliar na melhoria do atendimento da mulher durante a coleta de exame e controle da doença. O gasto da pesquisa é estimado em R\$ 280,00 e será custeado pela pesquisadora. O cronograma descrito no projeto é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta os seguintes termos de apresentação obrigatória: folha de rosto datada e assinada, projeto detalhado e TCLE.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 3.301.494

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1287765.pdf	28/04/2019 13:34:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPREVENTIVOpendencias cronogramaabril.docx	28/04/2019 13:34:27	CARLA MARINS SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	teleprevpendencias.docx	25/02/2019 14:28:12	CARLA MARINS SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FRpreventivo.pdf	28/01/2019 14:23:05	CARLA MARINS SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 03 de Maio de 2019

Assinado por:
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br