



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Linha de Pesquisa: Processos de Saúde-Doença em Contextos Institucionais

CLAUDIA HELENA CORAZZA KÜHN

**PSICOEDUCAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO:
Uma Proposta de Intervenção**

São Leopoldo

2014

CLAUDIA HELENA CORAZZA KÜHN

**PSICOEDUCAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO:
Uma Proposta de Intervenção**

Dissertação apresentada como exigência parcial
para a obtenção do título de Mestre em Psicologia
Clínica do Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos
Sinos – UNISINOS

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elisa Kern de Castro

São Leopoldo

2014

K96p

Kühn, Claudia Helena Corazza

Psicoeducação para a prevenção do câncer de colo de útero: uma proposta de intervenção / por Claudia Helena Corazza Kühn. -- São Leopoldo, 2014.

59 f. : il. ; 30 cm.

Com: artigos “Revisão sistemática da literatura internacional: intervenções clínicas que utilizam o Modelo do Senso Comum (MSC); Psicoeducação para a prevenção do câncer de colo de útero: uma proposta de intervenção”.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2014.

Área de concentração: Psicologia clínica.

Linha de pesquisa: Processos de saúde-doença em contextos institucionais.

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Elisa Kern de Castro, Escola de Saúde.

1.Mulheres – Psicologia. 2.Mulheres – Saúde e higiene. 3.Colo uterino – Câncer – Prevenção. 4.Cuidados pessoais com a saúde. 5.Psicoeducação. I.Castro, Elisa Kern de. II.Título.

CDU 159.9-055.2

159.9:618.1

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

*A Vagner Felipe Kühn, meu marido e
melhor companheiro, a minha gratidão pelo teu
amor, confiança e pelo apoio incondicional a
todos os meus projetos.*

AGRADECIMENTOS

Este momento ímpar de minha trajetória foi possível graças ao somatório de pessoas que compartilhei momentos nestes mais de dois anos. Ao longo desses últimos anos e de tantos quilômetros percorridos, aprendi que são essas relações que estabelecem quem me fazem ser quem sou.

Agradeço aos meus amados pais, Sergio e Maria Nazarena, que me despertaram o gosto pelo trabalho e pelo estudo. Obrigada pelo apoio decisivo neste e em outros momentos, muito obrigada por tudo. Obrigada aos meus queridos irmãos, Cassiano e Caroline, pelo apoio e pela disponibilidade em ajudar. Vocês são muito especiais em minha vida.

Agradeço ao meu marido Wagner, pelas longas horas roubadas de seu convívio em prol da dedicação a este trabalho. Obrigada pela compreensão, por ser um grande incentivador e, principalmente, por valorizar tudo o que faço.

À minha querida orientadora Profa. Elisa, obrigada por me aceitar no seu grupo de pesquisa, obrigada por todos os puxões de orelha que mereci, por acreditar no meu potencial. Obrigada por me acolher e compartilhar comigo um pouco da sua intimidade. Considero-me privilegiada de ter sido sua orientanda.

À Ana Carolina Peuker, obrigada pela tua disponibilidade em ajudar a tecer as reflexões finais deste trabalho, pela convivência doce e alegre que trouxeste ao nosso grupo de pesquisa. Sinto-me lisonjeada de ter convivido contigo.

Às bolsistas de iniciação científica, Priscila, Fernanda e Natália pela acolhida, por estarem sempre dispostas a ajudar e pelas conversas divertidas que tivemos nestes mais de dois anos de trabalho.

Às mulheres participantes desta intervenção, obrigada pelo interesse e pela gentileza.

À minha querida tia Elisabeth Beatriz Maldaner, obrigada pela tua generosidade e por estar sempre presente e disposta a me ajudar.

Aos meus queridos colegas, obrigada pelo entusiasmo, obrigada pelas boas e divertidas conversas, pelo apoio nos momentos de incertezas. Vocês foram essenciais para espantar o cansaço de mais de seis horas de viagem para as aulas.

À minha querida amiga Nise, obrigada pelo afeto, pela dedicação e pelos ouvidos sempre atentos as minhas dificuldades.

RESUMO

Esta dissertação é composta por dois artigos, um artigo de revisão sistemática da literatura e um artigo empírico. No primeiro estudo, buscou-se realizar uma revisão sistemática da literatura internacional sobre intervenções clínicas que utilizam o modelo do senso comum. Foram selecionados cinco artigos de um total de 170 encontrados. Os resultados mostraram que os estudos são de intervenções psicológicas diversas e com foco em portadores de doenças crônicas e na prevenção delas em indivíduos saudáveis. No segundo estudo buscou-se desenvolver, aplicar e avaliar um protocolo de intervenção utilizando a psicoeducação e o Modelo do Senso Comum no intuito de aumentar o conhecimento em mulheres saudáveis quanto ao câncer de colo de útero, ajustar a percepção de risco, promover e fortalecer condutas de autocuidado e ajustar a percepção da doença. Método: delineamento misto, quase experimental, com a avaliação pré e pós-intervenção com mulheres usuárias de uma Unidade Básica de Saúde de uma capital do sul do Brasil. Os instrumentos utilizados foram: Questionário sociodemográfico, Escala de Avaliação das Capacidades de Autocuidado (ASA-A), Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ), Questionário Percepção de Risco, Folder sobre o câncer de colo de útero. Resultados: a intervenção possibilitou que as mulheres ajustassem a percepção sobre a doença, aumentando a percepção de risco e, com isso, diminuindo a percepção de ameaça da doença.

Palavras-chave: Câncer de colo do útero. Intervenção psicoeducativa. Modelo do sendo comum.

ABSTRACT

This essay is divided in two articles. One is based on a systematic literature review and the other is an empirical article. The aim of the first study was to conduct a systematic review of the international literature about psychological interventions based on the Common Sense Model. Five articles were selected from a total of 170 found. The results have shown that most of the studies are about psychological interventions focused on the management of patients with chronic diseases and on the prevention of those diseases in healthy individuals. The second study aims to develop, apply and evaluate an intervention protocol using psychoeducation based on the Common Sense Model, with the purpose to acquire knowledge on cervical cancer, adjust risk perception, promote and enhance selfcare and change illness perception. Method: quasi-experimental design, with evaluation pre and post-intervention with women that use a health care center. The instruments were: Sociodemographic questionnaire, Self-Care Evaluation Scale (ASA-A), Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ), Risk Perception Questionnaire, Leaflet about cervical cancer. Results: The intervention allowed women to adjust their perception about the disease, increasing risk perception and reducing the perceived threat of the disease.

Keywords: Cervical cancer. Common Sense Model. Psychoeducational intervention.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
Seção I - Artigo	9
REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA INTERNACIONAL:	9
INTERVENÇÕES CLÍNICAS QUE UTILIZAM O MODELO DO SENSO COMUM (MSC)	9
Introdução	9
Método	11
Resultados	12
Discussão	18
Referências	21
Seção II - Artigo Empírico	23
PSICOEDUCAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
Introdução	23
Método	28
<i>Delineamento</i>	28
<i>Amostra</i>	28
<i>Instrumentos</i>	29
<i>Procedimentos</i>	31
<i>Considerações éticas</i>	32
Análise dos dados	33
Resultados e Discussão	33
1º Encontro:	34
2º Encontro:	38
3º Encontro:	40
4º Encontro:	41
Análises pré e pós-intervenção.....	43
<i>Autocuidado</i>	43
<i>Percepção da Doença</i>	44
<i>Análise das respostas da pergunta aberta do questionário (Brief IPQ)</i>	45
Considerações Finais	46

Referências	47
A relação entre os dois artigos.....	51
APÊNDICE A - Dados biossociodemográficos	52
APÊNDICE B - <i>Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)</i>	53
APÊNDICE C - Escala de Avaliação das Capacidades de Autocuidado (ASA-A).....	55
APÊNDICE D – Questionário Percepção de Risco	56
APÊNDICE E - Folder sobre o câncer de colo de útero	57
ANEXO A – Material impresso.....	59

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação faz parte de uma pesquisa maior intitulada “*Saúde da mulher: fatores psicológicos associados à prevenção e condutas de autocuidado frente ao câncer de colo de útero*”, coordenada pela Prof^a. Dr^a. Elisa Kern de Castro em conjunto com os pesquisadores: Dra. Janine Monteiro (UNISINOS), Dra. Mary Sandra Carlotto (PUCRS), Dr. Adolfo Pizzinatto (PUCRS) com apoio do PRONEM/FAPERGS/CNPq 003/2011 vinculados à linha de pesquisa “Processos de Saúde-Doença em Contextos Institucionais”, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

O objetivo foi desenvolver, aplicar e avaliar um protocolo de intervenção utilizando a psicoeducação e o Modelo do Senso Comum. Teve o intuito de aumentar o conhecimento quanto ao câncer de colo de útero, ajustar a percepção de risco e a percepção sobre a doença e promover e fortalecer condutas de autocuidado, pois o câncer de colo de útero é passível de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

Para tanto, esta dissertação está organizada em duas sessões. Na seção 1, encontra-se o artigo teórico denominado “*Revisão Sistemática da Literatura Internacional: Intervenções Clínicas que utilizam o Modelo do Senso Comum*”, que apresenta uma revisão sistemática da literatura internacional com estudos selecionados nos últimos cinco anos. Na seção 2, encontra-se o artigo empírico denominado “*Psicoeducação para a prevenção do câncer de colo de útero: uma proposta de intervenção*”, em que são apresentados os dados da intervenção clínica, assim como a discussão dos seus resultados.

Seção I - Artigo

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA INTERNACIONAL: INTERVENÇÕES CLÍNICAS QUE UTILIZAM O MODELO DO SENSO COMUM (MSC)

Introdução

O Modelo do Senso Comum (MSC) ou Modelo de Autorregulação do Comportamento em Saúde é um modelo cognitivo de autorregulação do comportamento de saúde e de doença desenvolvido por Howard Leventhal (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal, 1997). Este modelo derivou-se das pesquisas sobre o impacto que a comunicação sobre determinada doença causava nos pacientes (Quiceno & Vinaccia, 2010). Neste modelo, assume-se, que os indivíduos são ativos na resolução de seus problemas. Assim, eles atribuem sentido à sua doença através de sua própria representação cognitiva. As representações que os indivíduos mantêm sobre seu estado de saúde contribui para a forma como corresponderão comportamental e emocionalmente ao processo de saúde e doença, incluindo o autocuidado (Quiceno & Vinaccia, 2010; Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003; Jorgensen, Frederiksen, Boesen, Elsass & Johansen, 2009).

Diante disso, através do MSC é possível identificar os fatores envolvidos no desenvolvimento da representação individual sobre a doença e, como a pessoa orienta o planejamento de estratégias de autorregulação em saúde. De acordo com este modelo, um sintoma pode gerar tanto uma representação cognitiva quanto uma representação emocional da doença e da ameaça à saúde. Estas percepções podem sofrer influência do meio no qual o indivíduo está inserido, das experiências pessoais e das informações que este possui sobre a doença (Melo, 2012; Moss-Morris, Weinman & Petrie, 2002). O conjunto de crenças mantido pelo indivíduo possui papel autorregulatório, pois orienta a definição de metas e de ações concretas conduzidas para saúde (Quiceno & Vinaccia, 2010).

O modelo teórico do senso comum (MSC) é dinâmico e postula que a percepção sobre a doença é influenciada pelas crenças individuais baseadas em experiências vividas antes do aparecimento da doença e pelo processo que conduz ao comportamento de saúde (Figueiras, Machado & Alves, 2002). Também, está relacionado ao funcionamento e às estratégias de enfrentamento que os indivíduos utilizam para obter resultados mais adaptativos e de bem-estar frente à doença (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003). Desta forma, a autorregulação

dependerá da avaliação dos sintomas e do conhecimento sobre a doença, bem como das crenças e percepções dos riscos da doença e de outros fatores que podem afetar o comportamento do indivíduo (Figueiras, Machado & Alves, 2002).

De acordo com o MSC a representação cognitiva da doença (*Illness perception*) pode ser categorizada através de cinco componentes cognitivos, que seguem um modelo lógico baseado na validade do constructo construído e de discriminantes entre os diversos tipos de doenças. Tais componentes são: 1) crenças sobre a identidade da doença, seu nível de ameaça e seus sintomas (Identidade); 2) crenças sobre o curso da doença, ou seja, o tempo que a doença leva para desenvolver-se, assim como a sua duração cíclica e a sua recuperação (Duração); 3) crenças sobre suas possíveis causas (Causas); 4) crenças sobre os efeitos e/ou resultados da doença, que podem ser reais ou imaginárias (Consequências); 5) crenças sobre o grau de controle, pessoal e do tratamento, ou cura da doença (Controle) (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal et al. 1997). Paralelamente à representação cognitiva, uma resposta emocional à doença se desenvolve. Essa resposta emocional é retroalimentada pelas representações cognitivas, influenciando e sendo influenciada por elas (Jorgensen, Frederiksen, Boesen, Elsass & Johansen, 2009).

O processo de autorregulação, segundo o proposto no MSC, resulta de três etapas: 1) a percepção cognitiva da ameaça à saúde e do seu significado, proveniente através dos sintomas de uma doença (internamente), ou através de informações obtidas sobre uma determinada doença (externamente); 2) o desenvolvimento e a implementação de um plano de ação, ou como o indivíduo enfrentará a ameaça à sua saúde e a doença; 3) a avaliação do plano de ação que foi implementado, avaliando quais estratégias de enfrentamento foram utilizadas, se aconteceram modificações e uma melhor adaptação cognitiva em relação à doença. Nesta última etapa, a avaliação pode resultar em um processo dinâmico de modificação e atualização das percepções cognitivas (Hager & Orbell, 2003). Assim, através do MSC é possível compreender os motivos pelos quais os indivíduos envolvem-se em comportamentos que podem ser relevantes para a sua saúde (Ridder & Wit, 2006). Os processos de autorregulação relacionados à saúde e à doença são essenciais para conhecer a interação entre a experiência conceitual e a concreta. Todas as informações adquiridas externamente poderão ser interpretadas diante do sistema de crenças que o indivíduo possui. A partir daí, a pessoa passa a compreender e a interpretar o seu estado de saúde e de doença (Figueiras, Machado & Alves 2002; Aretz, 2012).

Nas últimas décadas, as pesquisas sobre o MSC acabaram concentrando investigações sobre dois fatores que descrevem a relação entre o manejo do paciente e da doença crônica.

Esses fatores compreendem, mais especificadamente, as representações do indivíduo frente à doença crônica e ao tratamento (McAndrew, Musumeci-Szabó, Mora & Vileikyte, 2008; Jorgersen, Frederiksen, Boesen, Elsass & Johansen, 2009). Contudo, o MSC também pode ser aplicado à percepção sobre a doença em pessoas saudáveis. As percepções sobre a doença em pessoas saudáveis podem guiar os comportamentos ligados à sua prevenção e parecem ser precursoras do comportamento em saúde (Figueiras & Alves, 2007).

Considerando o exposto, este estudo foi delineado com o objetivo de realizar uma revisão sistemática da literatura internacional sobre intervenções psicológicas que utilizaram o *Modelo do Senso Comum* (MSC). Cabe destacar que, foram incluídos nesta revisão estudos de caráter empírico, nos quais foram empregadas intervenções orientadas ao gerenciamento de enfermidades crônicas ou à sua prevenção. É muito importante conhecer não apenas as representações de pessoas doentes, mas também de indivíduos saudáveis. A compreensão tanto de populações portadoras de doenças crônicas quanto de pessoas sadias poderá guiar condutas preventivas e estratégias de tratamento custo efetivas.

Método

A revisão sistemática foi realizada através de pesquisa nas bases de dados *ACADEMIC SEARCH COMPLETE* e *MEDLINE COMPLETE*, considerando a combinação dos descritores para a busca: “*Common sense model*” “*or*” “*Self-regulation*” “*and*” “*Psych* intervention*” “*and*” “*Chronic disease*”. A justificativa da escolha das bases se deve ao fato de que são referência em publicações científicas na área da saúde. Foram incluídas produções científicas publicadas entre janeiro de 2008 a dezembro de 2013.

Os critérios de inclusão dos artigos nesta revisão foram: o principal critério de escolha dos artigos foi o tema e o conteúdo. O trabalho deveria apresentar intervenção psicológica, visando o tratamento ou prevenção de doenças crônicas, baseadas no modelo MSC; estudos provenientes de revistas científicas indexadas e com o acesso aberto (*open access*) aos artigos completos nas bases de dados e estudos publicados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013. Os critérios de exclusão dos artigos da pesquisa foram: artigos de revisão teórica, revisões sistemáticas e meta-análises; artigos que não utilizaram como referencial teórico o MSC; artigos que apresentassem intervenções de caráter exclusivamente médico e/ou farmacológico e artigos que não apresentassem Resumo e/ou Texto completo para análise.

A revisão sistemática compreendeu três passos: 1) Busca nas bases de dados *ACADEMIC SEARCH COMPLETE* e *MEDLINE COMPLETE* com os descritores: “*Common*

sense model or *self-regulation model* and *psych* intervention* and *chronic illness*”; 2) Exclusão dos artigos a partir dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e 3) Exclusão dos artigos duplicados nas bases de dados em análise. Depois do levantamento inicial, todos os resumos pré-selecionados e aqueles que geraram dúvida quanto à inclusão foram submetidos à leitura na íntegra. Os remanescentes foram lidos novamente e avaliou-se a pertinência quanto à sua inclusão no estudo após debate entre os membros do grupo de pesquisa. Em passo posterior, os artigos foram lidos em sua versão completa. Empregou-se uma análise cuidadosa de conteúdo e buscou-se identificar a abordagem teórica a partir do MSC e sua relação com as intervenções, considerando os objetivos, o método, a intervenção proposta e os resultados apresentados nos estudos.

Resultados

Ao todo foram encontrados 170 artigos. Considerando a base de dados *ACADEMIC SEARCH COMPLETE* foram identificados na primeira busca 79 artigos. Já, na base de dados *MEDLINE COMPLETE* foram encontrados 91 artigos. Após a aplicação dos critérios de exclusão previamente estabelecidos foram selecionados sete artigos, sendo três oriundos da *ACADEMIC SEARCH COMPLETE* e quatro da *MEDLINE COMPLETE*. Dentre estes, dois artigos estavam duplicados. Assim, a revisão sistemática foi conduzida a partir dos 05 artigos que contemplaram todos os critérios de inclusão deste estudo. O fluxograma de busca e seleção, com a distribuição dos artigos identificados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos estão apresentados na **Figura 1**.

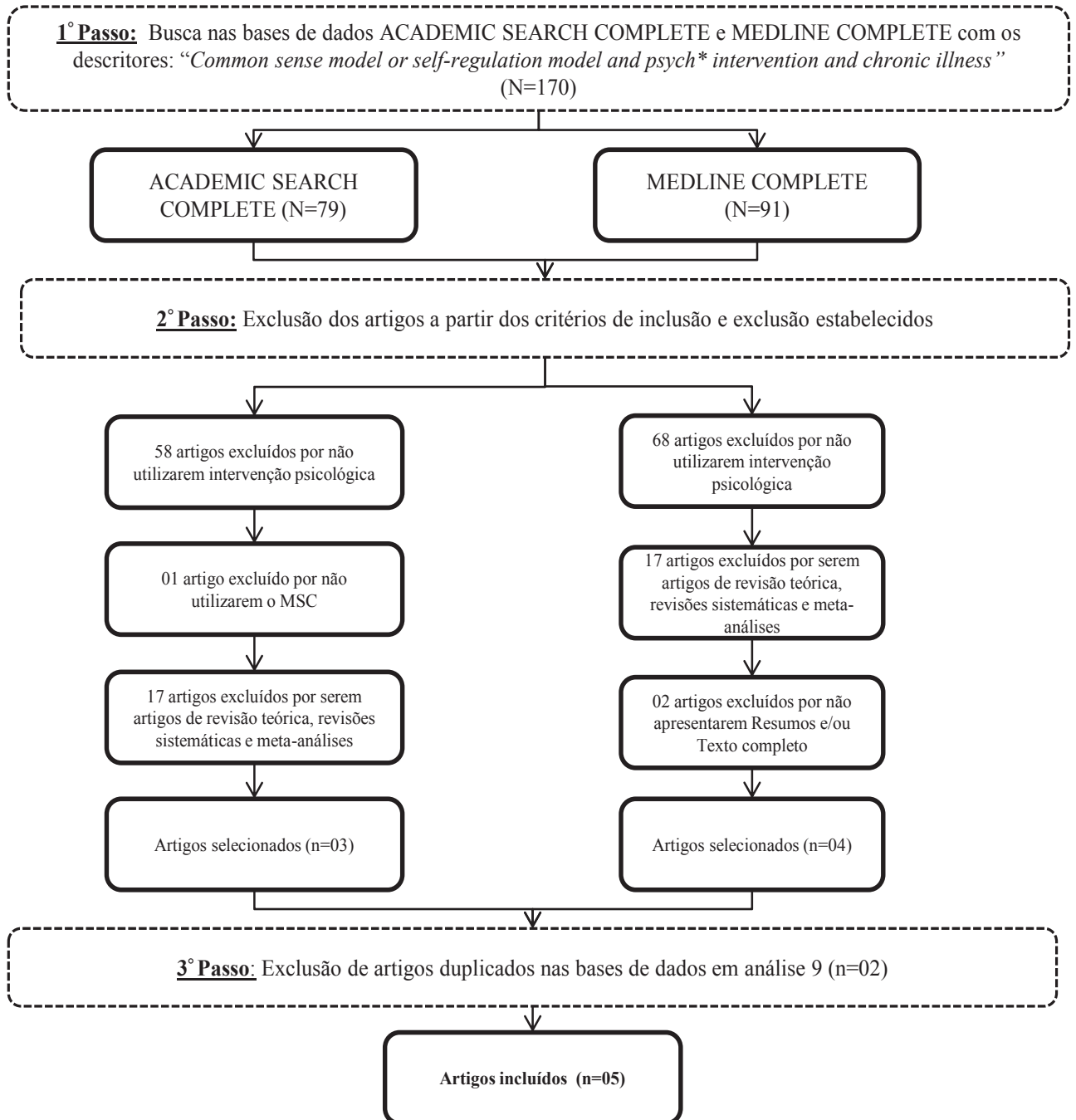


Figura 1. Fluxograma de busca, seleção e distribuição dos artigos.
Fonte: Elaborado pela autora.

Observou-se que as revistas nas quais esses artigos foram publicados eram áreas do conhecimento heterogêneas, embora todas pertencentes ao tema da saúde. Sendo, revistas de Psicologia, Enfermagem, Oncologia e Educação e Aconselhamento (esta última, uma revista multidisciplinar). Com isso, destacam-se as revistas/jornais *Patient Education & Counseling* (3), *British Journal Of Health Psychology* (1 artigo) e *Acta Oncologica* (1 artigo). Estes estudos, em sua maioria, foram publicados recentemente: 2009 (1 artigo), 2011 (2 artigos), 2012 (2 artigos), demonstrando através disso que os estudos que propuseram intervenções

clínicas são recentes. Os grupos de pesquisa que conduziram os estudos eram provenientes de diversos países, sendo eles Dinamarca (1 artigo), Nova Zelândia (1 artigo), Inglaterra (2 artigos), Alemanha (1 artigo). Sendo que destes, um estudo resultou de uma colaboração entre dois países (Jonn et al., 2011).

Quanto aos delineamentos dos artigos pode-se observar que embora se tratassem de estudos de intervenção, apenas dois (Jørgensen et al., 2009; Lee et al., 2011) apresentaram delineamento mais sofisticado com alocação aleatória de participantes (ensaio clínicos randomizados). Alguns estudos incluíram avaliações pré e pós-intervenção (Glattacker et al., 2012; Sivell et al., 2012), mas com caráter mais descritivo e exploratório.

Com base na análise dos artigos selecionados, foi possível categorizá-los a partir de dois focos quanto aos seus objetivos: intervenções psicológicas para o manejo de doenças crônicas (Glattacker, Heyduck, & Meffert, 2012); Sivell, Marsh, Edwards, Manstead, Clements, & Elwyn, 2012); Jorgensen, Frederiksen, Boesen, Elsass, & Johansen, 2009) e intervenção orientada para a prevenção de doenças crônicas em indivíduos sadios (Lee, Cameron, Wünsche, & Stevens, 2011). Um dos trabalhos reunia os dois focos, manejo de doença crônica e prevenção, propondo um programa de educação sobre a doença cardiovascular com artrite reumatoide (John, Hale, Bennett, Treharne, Carroll, & Kitas, 2011). No que concerne à população alvo, os estudos em questão incluíram pacientes portadores de doenças crônicas como: dor lombar (um artigo), câncer de mama (dois artigos), artrite reumatoide (um artigo) e um deles com pessoas saudáveis. Os referidos estudos estão apresentados no **Quadro 1**.

Quadro 1. Estudo, Delineamento, Objetivo/Intervenção, População e Resultados principais dos artigos selecionados.

Estudo	Delineamento	Objetivo/Intervenção *	População/ Público-alvo**	Resultados
Glattacker, M., Heyduck, K., & Meffert, C. (2012).	Pré e pós-teste	Desenvolver e avaliar uma intervenção educativa, baseada no MSC, para a provisão de informações sobre a doença e o tratamento durante a reabilitação para dor lombar crônica. Consistiu em três sessões individuais (20 minutos cada), com médicos e psicólogos (M).	Pacientes com dor lombar crônica. Grupo controle (N=105); Grupo intervenção (N=96). (DC)	Ao final, o grupo de intervenção aumentou a percepção de controle pessoal e a necessidade de informação sobre a doença em relação ao grupo controle.
Sivell, S., Marsh, W., Edwards, A., Manstead, A. R., Clements, A., & Elwyn, G. (2012).	Pré e pós-teste	Desenvolver um modelo de intervenção <i>web based</i> (BresDex), baseado no MSC e na teoria do comportamento planejado, para auxiliar mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama (fase I e II) na tomada de decisão em realizar cirurgia (mastectomia).	Pacientes com história pessoal de câncer de mama (n=06); pacientes com história pessoal de câncer de mama que tinham completado o tratamento (n=08) e pacientes recém diagnosticadas com câncer de mama (n=11). (DC; IS)	O modelo BresDex foi avaliado positivamente quanto ao conteúdo e a apresentação (usabilidade). Foi considerado um recurso efetivo para apoiar a tomada de decisão de mulheres recém diagnosticadas quanto à mastectomia.
John, H., Hale, E., Bennett, P., Treharne, G., Carroll, D., & Kitas, G. (2011).	Descritivo; exploratório.	Descrever um programa de educação sobre a doença cardiovascular, baseado no MSC, na Teoria do Comportamento Planejado e no Modelo dos Estágios de Mudança para pacientes com artrite reumatoide, em grupo. Programa de oito semanas, envolvendo 2h 30m/ semanais.	Pacientes com artrite reumatoide (N=8).(DC)	Descreve um modelo de programa educativo sobre a doença cardiovascular, incluindo tópicos, embasamento teórico e técnicas de modificação do comportamento.
Jørgensen, I., Frederiksen, K., Boesen, E., Elsass, P., & Johansen, C. (2009)	Pré e pós-teste Estudo randomizado; Estudo longitudinal.	Avaliar a percepção da doença (PD) e o ajustamento psicológico (qualidade de vida e estresse psicológico) de mulheres sobreviventes de câncer de mama através de intervenção psicossocial, baseada no MSC em grupo.	Pacientes sobreviventes de câncer de mama (N=177) (DC).	Nenhuma diferença na mudança da PD e no nível de ajustamento psicológico entre os grupos de sobreviventes. A PD se associou ao ajustamento psicológico; entretanto, a PD não mudou após a intervenção.
Lee, T., Cameron, L., Wünsche, B., & Stevens, C. (2011).	Pré e pós-teste. Estudo randomizado.	Avaliar o efeito de uma intervenção (<i>web based</i>) psicoeducativa, baseada no MSC, na prevenção de doenças cardiovasculares, na modificação da percepção de risco (PR) e na motivação para comportamentos protetivos. Avaliar o efeito de diferentes estratégias educativas (imagem; imagem + texto; texto e grupo controle) na modificação da PR.	Jovens adultos sedentários (N = 80; 63 mulheres e 17 homens). (IS)	Foram observadas mudanças a curto prazo nas PR e na motivação para comportamentos protetivos. A estratégia que combinou texto e imagem pareceu ser mais efetiva para modificar a PR, motivando comportamentos protetivos para risco cardiovascular.

Siglas: * Manejo (M); Prevenção (P). **Doentes crônicos (DC); Indivíduos saudáveis (IS)
Elaborado pela autora (2014).

O estudo conduzido por Glattacker et al. (2012) teve como objetivo desenvolver e avaliar uma intervenção educativa, baseada no MSC, para a provisão de informações sobre a doença e o tratamento durante um programa de reabilitação para dor lombar crônica. Participaram da pesquisa pacientes portadores de dor lombar crônica. O estudo incluiu um Grupo controle (n=105) e Grupo intervenção (n=96). A intervenção consistiu em três sessões de 20 minutos (informações sobre sintomas, tratamento, etc.) com um médico e um psicólogo dos centros de reabilitação. Além disso, uma sessão de treinamento de 03 horas foi realizada com os médicos e psicólogos. O treinamento abordou considerações acerca do formulário de *feedback* que era trabalhado com os pacientes e que continha as dimensões do MSC e também sobre a discussão de crenças dos pacientes por meio de estudos de caso. Foi empregado o instrumento IPQ-R (*Revised Illness perception Questionnaire*), no qual os construtos identidade, duração, controle pessoal e representação emocional eram avaliados. Também foi utilizado um questionário com variáveis relacionadas à condição de saúde e dados demográficos. A intervenção era individual e foi baseada na avaliação prévia das percepções da doença, do tratamento e da necessidade de informações dos participantes. Ao final, constatou-se que o grupo de intervenção teve um aumento na percepção de controle pessoal e na necessidade de informação sobre a doença em relação ao grupo controle.

Já o estudo proposto por Sivell e colaboradores (2012) teve como objetivo desenvolver uma intervenção para auxiliar a tomada de decisão sobre a cirurgia (mastectomia) em mulheres com câncer de mama nas fases iniciais (I e II). Participaram seis mulheres sem história pessoal de câncer, oito mulheres com história pessoal de câncer e que tinham completado o tratamento e onze mulheres diagnosticadas com câncer. Além do MSC, a intervenção foi baseada na teoria do comportamento planejado (TPB). O instrumento IPQ-R (*Revised Illness Perception Questionnaire*) foi empregado para mensurar as dimensões causa, identidade, duração, consequências e controle do tratamento. Ao final, o modelo proposto, chamado de BresDex, foi avaliado positivamente quanto ao conteúdo e a apresentação (usabilidade). O material desenvolvido nesta intervenção era disponibilizado em meio eletrônico (www.bresdex.com).

O artigo de John et al. (2011) apenas descreveu o desenvolvimento de uma intervenção educativa sobre a doença cardiovascular para oito pacientes portadores de artrite reumatoide. Neste estudo, além do MSC, os pesquisadores também utilizaram o referencial da Teoria do Comportamento Planejado e do Modelo dos Estágios de Mudança. Embora tenha sido utilizado o MSC para o desenvolvimento da intervenção, as dimensões que integram este modelo não foram avaliadas através de instrumentos. O programa foi apresentado no artigo

em forma de protocolo incluindo tópicos, embasamento teórico empregado, técnicas de modificação do comportamento e duração da intervenção.

O trabalho desenvolvido por Jorgensen e colaboradores (2009) teve como propósito central avaliar a percepção da doença e o ajuste psicológico de mulheres sobreviventes de câncer de mama através de uma intervenção psicossocial. Neste estudo, foram utilizados dados oriundos de dois subestudos (um estudo randomizado e um descritivo) que fizeram parte de um estudo longitudinal (dez anos) de reabilitação populacional conduzido para examinar o efeito de uma intervenção de reabilitação psicossocial. Participaram 177 sobreviventes de câncer de mama, das quais metade participaram da intervenção e a outra metade receberam tratamento padrão (sem intervenção). A intervenção consistiu em um programa de reabilitação psicossocial com duração de uma semana. Foram combinados diversos recursos como: atividade física moderada, palestras e trabalhos em grupo sobre temas como efeitos colaterais do tratamento para o câncer, sintomas físicos na fase pós-tratamento, reações psicológicas, preocupações com o retorno ao trabalho liderado por uma equipe multidisciplinar. Além disso, consultas individuais poderiam ser realizadas com o médico ou psicólogo. Ao final, cada participante produziu um “plano de ação” pessoal, com foco em uma área específica como, por exemplo: aumento da prática de exercícios físicos. Para avaliar a percepção da doença foi utilizado o instrumento IPQ-R (*Revised Illness Perception Questionnaire*) no qual foram mensurados os constructos identidade, duração, consequências, controle pessoal, controle do tratamento, causa e representação emocional. Os resultados indicaram que não houve mudança da percepção da doença e no nível de ajustamento psicológico (qualidade de vida e estresse psicológico) entre os três grupos de sobreviventes, um e seis meses após a intervenção. A percepção da doença associou-se ao ajustamento psicológico.

Por fim, o estudo conduzido por Lee e colaboradores (2011) teve como objetivo avaliar o efeito de uma intervenção, através de um programa computadorizado, orientada para a prevenção, mudança da percepção da doença e motivação para comportamentos protetivos. O programa disponibilizado em meio eletrônico continha imagens e conteúdo de texto sobre o risco de doenças cardíacas (comunicação em saúde) guiado pelo MSC. O estudo utilizou um delineamento 2x2x4 contendo imagens reais do risco de doenças cardíacas (imagens vs. não imagem) e informações conceituais do risco de doenças cardíacas (texto vs. nenhum texto) e entre as variáveis-sujeito e o tempo (quatro *follows-up*: avaliação da intervenção duas semanas antes (pré-intervenção), avaliação após dois dias, após duas semanas e após quatro semanas da intervenção). Participaram jovens adultos sedentários (N = 80; 63 mulheres e 17

homens) que foram distribuídos aleatoriamente para participar de um dos quatro programas. A intervenção teve quatro modalidades: imagem mais texto, imagem apenas, texto apenas ou grupo controle (tratamento usual). Os participantes completaram medidas de variáveis sociodemográficas, percepção de risco (*The Assessment of Illness Risk Representations – AIRR*), aspectos emocionais (*Heart disease worry*), atividade física e intenções de dieta alimentar saudável e comportamentos protetivos. O AIRR incluiu subescalas adaptadas do IPQ-R (*Revised Illness Perception Questionnaire*) para avaliar percepção de risco sobre as dimensões: duração, consequências, controle pessoal, coerência e causas. Os resultados obtidos a partir de análises de variância e testes de comparação de grupos revelaram que, o modelo de intervenção baseado no MSC induziu mudanças a curto prazo nas percepções de risco e na motivação de comportamentos protetivos. A combinação de texto e imagem de doenças cardíacas, baseado no MSC, pareceu ser mais efetiva em modificar/ajustar a percepção de risco que poderiam motivar os comportamentos protetivos ao risco cardíaco.

Discussão

Os artigos revisados abordaram intervenções orientadas ao manejo ou à prevenção de doenças crônicas utilizando o MSC. No que tange aos participantes, pode-se observar populações e características distintas. As temáticas dos trabalhos focalizaram doenças, como: artrite reumatoide, dor lombar, doenças cardíacas e câncer de mama. Em sua maioria, os estudos apresentaram intervenções de cunho fundamentalmente psicoeducativo. Com relação aos participantes, pode-se identificar que, de modo geral, o público-alvo das intervenções eram adultos. Estes resultados sugerem uma lacuna na literatura internacional. Este dado revela a escassez de estudos com a população infantil e adolescente, salientando a necessidade de instrumentos de medida validados e adequados para esta faixa etária e de intervenções para educação em saúde em estágios precoces do ciclo vital.

Percebeu-se ainda, a partir da revisão dos artigos selecionados, que as intervenções propostas, na sua grande maioria, não eram orientadas para pessoas saudáveis e também, não eram sensíveis a possíveis comorbidades. Apenas um dos estudos, considerou em seu objetivo central a prevenção de uma condição comórbida à doença crônica de seus participantes. Este estudo descreveu, de forma inicial, o desenvolvimento de uma intervenção educativa sobre a doença cardiovascular para portadores de artrite reumatoide. Este resultado sugere que novas intervenções devem ser delineadas e adequadamente testadas considerando em seu escopo a

combinação de doenças, no sentido de favorecer melhores resultados (ex. programa de prevenção do câncer cervical e o controle do tabagismo).

O principal critério de inclusão nesta revisão foi o conteúdo do artigo, que deveria incluir uma intervenção psicológica embasada no MSC. De forma geral, o construto da “*Percepção da doença*” predominou nos artigos, o que está coerente com o objetivo central deste trabalho e indica que este é o construto principal. Por isso, a totalidade dos artigos revisados empregaram como ferramenta de avaliação da percepção da doença o *Revised Illness Perception Questionnaire*, destacando-o como um recurso válido para este propósito. Apesar disso, constatou-se que além do MSC, muitos pesquisadores combinaram a este referencial teórico outros modelos conceituais para a construção das intervenções propostas. Especialmente, a Teoria do Comportamento Planejado e o Modelo dos Estágios de Mudança. Mas, além deste, os construtos “*Percepção de Risco*” e “*Qualidade de Vida*” também foram amplamente empregados nos artigos analisados. Em especial, os dois primeiros.

O fato do constructo construto “*Percepção de Risco*” ter sido um dos mais recorrentes nas intervenções, pode estar relacionado à necessidade premente dos indivíduos portadores de doenças crônicas tornarem-se mais conscientes quanto aos riscos de agravo à sua condição. No caso dos indivíduos saudáveis, o ajustamento da percepção de risco pode permitir que eles se tornem mais conscientes das potenciais ameaças à sua saúde e do risco de desenvolver certa doença e, a partir disso, possam adotar comportamentos protetivos. Diante disso, é possível conjecturar que no planejamento de intervenções com vistas a prevenção e ao manejo de doenças crônicas é importante incluir o constructo construto “*Percepção de Risco*”, além das dimensões do MSC.

Em suma, pode-se dizer que intervenções de cunho psicoeducativo podem constituir ferramentas úteis para orientar portadores de doenças crônicas no manejo e enfrentamento de sua doença (p. ex. fornecendo informações sobre sintomas, os fatores e a duração), bem como favorecer a adoção de um estilo de vida mais saudável e a melhoria da qualidade de vida. Contudo, tais intervenções também devem abranger aspectos relacionados à percepção de risco e da doença. O desenvolvimento de novas intervenções pode estar alinhado ao avanço tecnológico e ao crescimento do acesso às tecnologias da informação (mídias eletrônicas, plataformas virtuais, etc.). De acordo com isso, dois estudos propuseram intervenções *web based*, podendo indicar a utilidade deste tipo de recurso na educação em saúde. Além disso, essas estratégias são intrinsecamente mais atraentes, especialmente para os jovens e possuem um potencial de difusão amplo. Neste sentido, podem ser utilizadas para superar obstáculos relacionados à adesão e abrangência das intervenções em saúde.

Neste contexto, é possível afirmar que a produção científica utilizando o MSC tem sido foco de interesse dos pesquisadores nos últimos anos. Apesar disso, constatou-se que a produção sobre intervenções psicológicas na área da Psicologia aplicando esse modelo ainda é escassa, mesmo no contexto internacional.

Além disso, em sua maioria, os estudos analisados apenas descreveram modelos de intervenção ainda incipientes, carentes de testes, de amostras representativas da população em estudo, de testes estatísticos mais robustos e de delineamentos mais complexos. Estes aspectos comprometem a generalização dos resultados. Além disso, muitos dos estudos avaliados não caracterizaram de forma minuciosa e clara a intervenção proposta comprometendo seu potencial de replicação. É válido ressaltar em relação aos resultados, que o número de estudos empíricos encontrados foi muito pequeno para que um parecer definitivo sobre a qualidade e *status* da produção científica na área seja emitido. Apesar disso, mesmo sendo poucas, todas as intervenções propostas que foram identificadas nesta revisão demonstraram resultados clinicamente significativos nas variáveis pesquisadas.

Considerando os estudos revisados, apenas dois (Jorgensen et al., 2009; Lee et al., 2011) adotaram delineamento longitudinal. Investigações que busquem avaliar programas de intervenção em saúde não podem se restringir a simples mensuração de índices de saúde, mesmo quando acompanhada de *feedback*. Esta abordagem não constitui a melhor forma para promover a mudança de estilo de vida e a redução dos riscos para saúde. Intervenções bem delineadas devem abranger avaliações ao longo do tempo (*follow-up*) que permitam mensurar as mudanças na variáveis de interesse. Como por exemplo, modificações na percepção dos indivíduos acerca dos riscos de saúde aos quais está exposto; no incremento de seu repertório de habilidades necessárias à mudança de comportamento em saúde e nos níveis de motivação para adotar um estilo de vida mais saudável. Desta maneira, o ideal é que se realizem programas com delineamento longitudinal que obtenham resultados de seguimento mais longos (ex. após seis meses e um ano). Por outro lado, a carência de estudos com os aspectos acima destacados pode revelar que o campo está em desenvolvimento e que esforços devem ser dirigidos no sentido de fortalecer o corpo de evidências sobre intervenções psicológicas orientadas pelo MSC.

O professor Adolfo sugeriu retomar as limitações do estudo novamente aqui.

Referências

- Aretz, M. (2012). *A percepção sobre a doença em mulheres com câncer do colo de útero, mulheres com lesões precursoras e mulheres saudáveis*. Dissertação de mestrado não publicado. Faculdade de Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. RS: São Leopoldo.
- Figueiras M. J., Machado V. & Alves N. C. (2002). *Os modelos de senso-comum das cefaleias crônicas nos casais: Relação com o ajustamento marital*. *Anál. Psicol.*, 20(1), 70-90.
- Glattacker, M., Heyduck, K., & Meffert, C. (2012). *Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information—Evaluation of an intervention for patients with chronic back pain*. *Patient Education & Counseling*, 86(3), 378-389.
- Hagger, M. & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness Representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.
- John, H., Hale, E. D., Bennett, P., Treharne, G. J., Carroll, D., & Kitas, G. D. (2011). *Translating patient education theory into practice: Developing material to address the cardiovascular education needs of people with rheumatoid arthritis*. *Patient Education & Counseling*, 84(1), 123-127. doi:10.1016/j.pec.2010.06.023.
- Jorgensen, I., Frederiksen, K., Boesen, E., Elsass, P., & Johansen, C. (2009). *An exploratory study of associations between illness perceptions and adjustment and changes after psychosocial rehabilitation in survivors of breast cancer*. *Acta Oncologica*, 48(8), 1119-1127.
- Lee, T. J., Cameron, L. D., Wünsche, B., & Stevens, C. (2011). *A randomized trial of computer-based communications using imagery and text information to alter representations of heart disease risk and motivate protective behaviour*. *British Journal Of Health Psychology*, 16(1), 72-91.
- Leventhal, H., & Kelly, K. (1999). Population Risk, Actual Risk, Perceived Risk, and Cancer Control: a Discussion. *JNCI: Journal Of The National Cancer Institute*, 91(18), 81.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L. & Robitaille, C. (1997). Illness representations: theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 19–46). Australia: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). *The common-sense model of Self-regulation of health and illness*. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). London: Routledge.
- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health treats. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 221-252). New York: Erlbaum.

- McAndrew, L., Musumeci-Szabó, T., Mora, P., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E., & Leventhal, H. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process. *British Journal Of Health Psychology*, 13(Pt 2), 195-204.
- Mon-Morris, R., Weinmman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Quiceno J. M. & Vinaccia, S. (2010). Percepción de Enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25, 56-83.
- Ridder, D. & de Wit, J. (Eds.) (2006). *Self-Regulation in Health Behavior*: Chichester: Wiley.
- Sivell, S., Marsh, W., Edwards, A., Manstead, A. R., Clements, A., & Elwyn, G. (2012). *Theory-based design and field-testing of an intervention to support women choosing surgery for breast cancer: BresDex*. *Patient Education & Counseling*, 86(2), 179-188. doi:10.1016/j.pec.2011.04.014.

Seção II - Artigo Empírico

PSICOEDUCAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Introdução

O câncer de colo de útero (CCU), ou câncer cervical, é o segundo tipo de câncer mais comum no público feminino e a quarta causa de morte por câncer nas mulheres no Brasil (INCA, 2014). Anualmente, essa doença faz aproximadamente 4.800 vítimas fatais e apresenta cerca de dezessete mil novos casos no País. Na década de 90, 70% dos casos eram diagnosticados no estágio mais avançado da doença no Brasil. Com a melhoria na realização do diagnóstico precoce, 44% dos casos, hoje em dia, são diagnosticados em uma fase pré-cancerígena, em que há uma lesão precursora do câncer. Mulheres diagnosticadas nos estágios iniciais da doença e tratadas adequadamente têm praticamente 100% de chances de cura (INCA, 2014). Embora exista um bom prognóstico do CCU, quando diagnosticado precocemente, as taxas de mortalidade ainda não têm demonstrado diminuição significativa no Brasil, nos últimos vinte anos (Albuquerque et al., 2009; Parada et al., 2009).

Apesar da possibilidade de prevenção e tratamento eficaz, o CCU ainda é causador de um grande número de mortes entre as mulheres brasileiras, pois alcança altas taxas de prevalência e mortalidade, já que está intimamente ligado ao baixo nível de escolaridade e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Borsatto, Vidal & Rocha, 2011). A permanência dos índices pode estar relacionada, ainda, à precariedade dos tratamentos nos serviços de saúde pública (Thuller & Mendonça, 2005). Diversos fatores comprometem a qualidade de atenção profissional e o amplo rastreamento do CCU no Brasil, como dificuldades financeiras, serviços de saúde limitados, falta de treinamento adequado das equipes de saúde (Albuquerque et al., 2012). Entretanto, existem aspectos psicológicos e comportamentais que devem ser considerados no planejamento de intervenções que visem a prevenção e o controle do CCU, através da educação em saúde.

A educação em saúde representa uma estratégia bastante importante na formação de comportamentos que promovam e mantenham uma boa saúde (Campos, Zuanon & Guimarães, 2003). É um recurso por meio do qual o conhecimento científico chega de forma acessível na vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão do que influencia o processo de saúde-doença fornece subsídios para a adoção de hábitos e condutas mais

saudáveis de vida. Contudo, esta prática deve ser aliada a outras estratégias que visem a promoção e o auxílio da disseminação de informações de forma mais atraente e criativa, tais como: material impresso que utiliza figuras e linguagem acessível, entre outros (Rodrigues, Carneiro, Silva, Solá, Manzi, Schechtman, Magalhães & Dytz, 2010). A educação em saúde é um dos componentes da prevenção primária, sendo um conjunto de medidas para aumentar a saúde e o bem-estar em geral, centralizando-se no indivíduo, no seu ambiente físico e no seu estilo de vida (Figueira, Ferreira, Schall & Modena, 2009).

A educação em saúde é uma estratégia que integra o escopo da prevenção primária. Esta última abrange medidas que podem ser difundidas junto à população em geral com a intenção de prevenir a exposição a fatores de risco comportamentais relacionados ao câncer (ex. hábitos de vida não saudáveis, tabagismo, condutas sexuais de risco, múltiplos parceiros, negligência quanto aos exames preventivos, etc.). As ações de prevenção primária objetivam diminuir a incidência de uma determinada doença numa população, neste caso o CCU, reduzindo o risco de surgimento de novos casos, ao prevenir a exposição aos fatores associados ao seu desenvolvimento. Alguns exemplos dessas estratégias educativas podem ser programas que promovam práticas sexuais seguras, condutas saudáveis de autocuidado e a realização de vacinas (Kaliks & Giglio, 2008, Thuller, 2003). Diante deste cenário, as intervenções psicológicas tornam-se uma importante ferramenta no desenvolvimento de ações orientadas à promoção e a manutenção da saúde. As intervenções psicoeducativas, por exemplo, podem ser úteis na prevenção de doenças relacionadas com comportamentos que tenham fatores psicológicos envolvidos no processo de saúde e doença (Trindade & Teixeira, 2007).

O Modelo do Senso Comum (MSC) tem sido utilizado na compreensão dos comportamentos envolvidos no processo de saúde e doença. O MSC é um modelo cognitivo de autorregulação do comportamento de saúde e de doença, que postula que os indivíduos constroem esquemas mentais sobre uma determinada doença. Tais esquemas envolvem percepções individuais sobre como a doença pode afetar o seu organismo, impactar no seu cotidiano, como pode ser curada e como se deve proceder para restabelecer o seu equilíbrio (Leventhal, 2003; Figueiras, 2008). Assim, a natureza e a organização das percepções sobre a doença podem orientar ações que estão relacionadas à saúde e a forma como o indivíduo exerce o autocuidado e como enfrenta (ou não) sua doença.

A percepção sobre a doença (*illness representation ou illness perception*) é definida como a forma como os indivíduos compreendem diversos aspectos relacionados à saúde e à doença, levando em consideração suas experiências individuais e coletivas (Leventhal, 1984,

Reis & Fradique, 2002). As percepções sobre a doença possuem relação direta com a maneira pela qual as pessoas enfrentam a sua doença. Os indivíduos constroem um “modelo mental” baseado em suas percepções da realidade e de suas condições de saúde (Leventhal, 1984). De acordo com esta concepção teórica, as medidas adotadas para reduzir riscos à saúde são influenciadas pela subjetividade da pessoa ou pelas construções baseadas no senso comum sobre a ameaça à saúde. Neste sentido, a doença é representada por seus rótulos e sintomas (sua identidade), suas causas, consequências e duração (Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985). Em um estudo (N=150) foram comparados três grupos: mulheres com CCU, mulheres com lesões precursoras e mulheres saudáveis. Constatou-se que existiam diferenças significativas entre os grupos quanto às percepções sobre a doença. Em relação à dimensão Identidade as mulheres sadias percebiam o CCU como mais sintomático e mais cíclico do que os outros dois grupos. Além disso, mulheres com câncer atribuíram a etiologia da doença (Causas) à problemas emocionais como estresse mais do que os outros dois grupos, mulheres com lesões precursoras e sadias (Castro et al., 2013).

Essas dimensões são representadas de forma concreta, a partir de eventos perceptíveis, e por ideias abstratas. Os dois níveis relacionam-se ao comportamento de enfrentamento da condição de saúde (Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985). Assim, o indivíduo possui um papel ativo na construção das suas representações sobre a doença, a informação é complementada por esquemas mentais pré-existentes, resultando assim, em um modelo de senso comum da doença (Figueiras, 2008). Através deste modelo, é possível compreender também, os motivos pelos quais os sujeitos se envolvem em comportamentos que podem ser relevantes para a sua saúde, como por exemplo, as condutas de autocuidado (Ridder & Wit, 2006).

O constructo construído *autocuidado* supõe a responsabilidade do indivíduo em relação a sua saúde e se refere a um conjunto de atitudes que realizadas, de forma consciente, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. As práticas de autocuidado podem ser influenciadas por fatores circunstanciais e culturais. Além disso, as condutas de autocuidado se modificam pela tomada de decisão individual a partir de conhecimentos, habilidades, valores, motivações, locus de controle e sentido de eficácia (Castro & Gutiérrez, 2012). Por exemplo, há evidência de que algumas mulheres ao realizar os exames preventivos, experienciam sentimentos de desconforto, vergonha, medo e constrangimento. Tais sentimentos podem constituir barreiras para o autocuidado, uma vez que o constrangimento sentido por muitas mulheres pode impedir o adequado rastreamento do CCU (Paula & Madeira, 2003; Pelloso, Carvalho & Hilgarashi, 2004; Ferreira & Oliveira, 2006). Em um levantamento da *American Cancer Society (2005)* constatou-se que entre as mulheres

americanas, as asiáticas apresentam índices de rastreamento de CCU menores (68,2%), do que hispânicas (77,9%), nativas americanas (78,4%), africanas (85,5%) e mulheres brancas não hispânicas (83,9%) (*American Cancer Society*, 2005). Em suma, as representações acerca de determinada doença pode ter implicações na busca de cuidados médicos, adoção de comportamentos preventivos e adesão a regimes terapêuticos (Figueiras, 2008).

Além disso, o autocuidado tem uma relação recíproca com o conhecimento, pois quanto mais conhecimento mais condutas de autocuidado. Portanto, os pré-requisitos para o autocuidado podem ser as atitudes, voltadas para a construção do saber, e as práticas, com o objetivo de desenvolver e manter o equilíbrio em saúde (Castro & Gutiérrez, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) recomenda a educação para o autocuidado com a intenção de prevenir e tratar as enfermidades crônicas. A educação em saúde orientada para o autocuidado deve promover o suporte para o desenvolvimento das habilidades de enfrentamento. Tais intervenções podem contribuir para fortalecer a autonomia do indivíduo e responsabilizá-lo por sua saúde, ajudar a modificar ou manter os hábitos saudáveis, estimular a autoconfiança para sentir-se melhor (OMS, 2014). Em relação aos contextos de saúde, o autocuidado é um movimento que se distancia do modelo médico tradicional. Nesta perspectiva, o indivíduo assume a responsabilidade por sua saúde. Desta forma, quanto mais autônomo em relação ao seu automanejo menos o indivíduo demandará dos serviços de saúde e menores serão os custos econômicos (Castro & Gutiérrez, 2012).

Diante disso, intervenções psicoeducativas podem contribuir para o efetivo controle do CCU. Especialmente, intervenções que abordem os aspectos emocionais/psicológicos vinculados aos processos de saúde e doença. Muitos obstáculos relativos aos sistemas de saúde bem como aos pacientes e profissionais podem ser transpostos se intervenções custo-efetivas forem delineadas (Vasconcelos, Damasceno, Lima & Pinheiro, 2011). O apoio psicológico pode ser decisivo para ajudar as mulheres a tornarem-se autônomas em relação ao autocuidado, conscientizarem-se de suas condutas de risco e a mobilizar seus recursos internos para manter a saúde e a qualidade de vida.

Existem diversos tipos de intervenções psicológicas cujo objetivo é ajudar as pessoas a enfrentar situações estressantes. Essas intervenções podem exercer uma influência positiva na melhoria do funcionamento psicológico/emocional, biológico e também, na utilização de comportamentos preventivos para a saúde (Liberato & Carvalho, 2008). Entre elas, existem intervenções comportamentais que visam à promoção da saúde e baseiam-se nos princípios da aprendizagem, pois, através da identificação de comportamentos que comprometem a saúde, tenta-se modificá-los (Straub, 2005). Já a psicoeducação, refere-se a uma intervenção limitada

no tempo, estruturada, diretiva, focada no presente e na resolução de problemas (Figueiredo, Souza, Dell’Aglío & Argimon, 2009). Os grupos psicoeducativos são indicados, especialmente, para pacientes recém-diagnosticados e que estão com dificuldades em esclarecer dúvidas em relação ao diagnóstico, ao tratamento e demais informações. Seu objetivo é propiciar ao indivíduo informação e educação sobre a doença, compartilhar sentimentos e vivências e melhorar sua habilidade de enfrentamento (Weis, 2003).

As intervenções psicoeducativas têm sido aplicadas com êxito com pacientes oncológicos e costumam incluir técnicas cognitivo-comportamentais, treino de habilidades de enfrentamento, treino em resolução de problemas, treino em relaxamento, utilização de material educativo, manejo de sintomas, suporte emocional, informação e educação em saúde, além de intervenção suportivo-expressiva (Souza & Araújo, 2010). Em um estudo de revisão que teve como objetivo avaliar evidências provenientes da literatura sobre intervenções utilizadas para a detecção precoce do CCU constatou-se que tanto intervenções comportamentais quanto cognitivas e sociais produziram efeitos positivos na detecção precoce do CCU (Vasconcelos, Damasceno, Lima & Pinheiro, 2011).

As intervenções podem ser classificadas, de forma geral, em: comportamentais, cognitivas ou sociais. As *intervenções comportamentais* se caracterizam por proporem atitudes associadas à realização dos exames preventivos para a detecção precoce do CCU (como por exemplo, lembretes como cartas ou telefonemas). As *intervenções cognitivas* são aquelas que através da educação fornecem informações sobre os exames de rastreamento e esclarecem dúvidas de crenças distorcidas. Entre as estratégias cognitivas esta o uso de cartas, panfletos educativos como folders. Embora este tipo de estratégia seja útil para ampliar o conhecimento a cerca do CCU, nem sempre esses recursos impactam positivamente no aumento da prática do exame preventivo. Apesar disso, há evidência de que sessões educativas, que promovem troca de experiência e discussão em grupo, além de aumentar o conhecimento sobre o Papanicolau parecem influenciar as mulheres quanto à intenção de realizá-lo. As *intervenções sociais* são aquelas que utilizam pessoas da comunidade na qual as mulheres estão inseridas (*peers counselors*, multiplicadoras) ou profissionais de saúde comunitária no sentido de favorecer a adesão ao exame de rastreamento ou elevar a taxa de retorno de mulheres com exame alterado. Neste tipo de abordagem, concebe-se que a mulher precisaria somente de um estímulo “gatilho” para implementar uma conduta de autocuidado adequada (Vasconcelos, Damasceno, Lima & Pinheiro, 2011).

O desenvolvimento de intervenções clínicas, utilizando a psicoeducação e o Modelo de Autorregulação do Senso Comum, pode constituir um avanço em termos de Psicologia da

Saúde. Percepções distorcidas sobre a doença, desconhecimento sobre o CCU e sobre os fatores de risco associados a ele podem impedir seu amplo rastreio, além de aumentar os custos em saúde. Sendo assim, intervenções psicoeducativas devem ser concebidas para auxiliar as mulheres a ajustarem sua percepção sobre a doença à realidade, aumentarem seu conhecimento sobre o CCU e, desta forma, fomentar o autocuidado.

Foi desenvolvida uma intervenção psicoeducativa no intuito de aumentar o conhecimento quanto ao CCU e seus fatores de risco, promover e fortalecer condutas de autocuidado (fazer o exame preventivo) e ajustar a percepção da doença (torná-la mais realista) e a percepção de risco. A intervenção foi aplicada na modalidade grupal e direcionada às usuárias de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Sendo assim, o objetivo central deste estudo foi desenvolver, aplicar e avaliar um Protocolo de Intervenção para a Prevenção do CCU. A discussão dos resultados obtidos e a suas implicações para o campo de pesquisa, bem como para o delineamento de novas intervenções, foram abordados.

Método

Delineamento

Este estudo caracteriza-se como de delineamento misto, quase experimental, com a avaliação pré e pós-intervenção (Creswell, 2010). O protocolo de intervenção desenvolvido, aplicado e testado neste estudo foi concebido no contexto de um projeto de pesquisa maior intitulado “*Saúde da Mulher: fatores psicológicos associados à prevenção e condutas de autocuidado frente ao câncer de colo de útero*”, com apoio financeiro do PRONEM/FAPERGS/CNPq 003/2011, coordenado pela Dr^a. Elisa Kern de Castro, orientadora deste trabalho.

Amostra

Participaram dos encontros mulheres (n=10), com idades entre 20 e 70 anos (M=54; dp=13), usuárias de uma UBS situada numa capital do sul do Brasil. Foram oferecidos dois grupos, em turnos distintos, um grupo pela manhã (n=07) e outro à tarde (n=3), a fim de favorecer a procura. A amostra foi selecionada por conveniência entre as mulheres que compareceram às consultas ginecológicas de rotina na UBS. O período de inscrições estendeu-se de 29 de julho a 20 de agosto de 2013.

Para o recrutamento do grupo da manhã, que foi o primeiro a ocorrer, o convite para a pesquisa foi disponibilizado através de cartazes espalhados pela UBS e *folders* que continham informações sobre os dias e horários dos encontros e forma de inscrição. Os médicos e enfermeiras da área da ginecologia/obstetrícia também foram estimulados a encaminhar as usuárias para os grupos. Além disso, fez-se convite através de contato telefônico com as mulheres que participaram de um estudo prévio vinculado ao projeto maior, já referido. Antes do primeiro encontro, a coordenadora da intervenção entrou em contato telefônico com as mulheres inscritas, reforçando o convite para os grupos. Além das técnicas de recrutamento já mencionadas, para o grupo da tarde o convite para participação no grupo também foi veiculado na mídia (Jornal Zero Hora – Caderno Vida).

No grupo da manhã compareceram sete mulheres a todos os encontros propostos, das quinze previamente inscritas. No grupo da tarde, compareceram cinco mulheres, de oito inscritas. O grupo da tarde, em função do não comparecimento de duas mulheres no segundo encontro, finalizou com três participantes. As duas mulheres que não compareceram no segundo encontro do grupo da tarde foram contatadas por telefone com o objetivo de identificar os motivos do não comparecimento. As duas alegaram falta de tempo e não liberação do horário de trabalho.

Instrumentos

1) *Ficha de dados sociodemográficos e clínicos* (Apêndice A): Este instrumento foi utilizado para descrever as características da amostra, como idade, raça, situação conjugal, escolaridade, situação laboral, renda, além de história clínica e de comportamento sexual. Foram incluídas ainda duas questões sobre a prevenção do câncer. A primeira era “*Você procura se prevenir contra o câncer de alguma maneira?*”, com alternativas de resposta: “Sim”; “Se Sim, como se previne?”, “Não”.

2) *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)* (Broadbent et al., 2006) (Apêndice B): Instrumento traduzido do idioma inglês (britânico) para o português e validado em uma amostra de doentes crônicos no Brasil (Nogueira, 2011), composto por nove itens, sendo oito deles desenvolvidos a partir do resumo dos itens do IPQ-R. O nono item é referente à escala causal, já anteriormente utilizada no IPQ-R. Todos os itens, exceto a questão causal (9) são respondidos utilizando uma escala de 0-10. São cinco itens de avaliação das representações cognitivas da doença: consequências (item 1), controle pessoal (item 2); controle do tratamento (item 3), identidade (item 4) e dimensão temporal - duração

(item 8). Dois itens avaliam a representação emocional: preocupação (item 5) e emoções (item 7). Um item avalia a compreensão da doença (item 6). Por fim, a avaliação da representação causal (item 9) é feita por uma pergunta final onde os pacientes são interrogados sobre os fatores causais mais importantes associados à sua doença. As respostas relacionadas a este último item podem ser agrupadas em categorias, tais como: estilo de vida, estresse, hereditariedade etc. A percepção de doença é avaliada por meio de uma escala linear. Para computar as pontuações, invertem-se as respostas dos itens 2, 3 e 6, e adicionam-se os dos itens 1, 3, 5, 7 e 8. Pontuações elevadas indicam uma maior percepção de ameaça da doença. Para o presente estudo, as autoras adaptaram as perguntas do questionário em português do Brasil (Nogueira, 2011) de modo a que as pessoas sem doença crônica pudessem responder em relação ao câncer de colo de útero, como por exemplo: “O quanto a sua doença afeta a sua vida?”, para “Quanto você considera que o câncer de colo de útero pode afetar a vida da pessoa com a doença?”.

3) *Conduas preventivas de autocuidado*(ASA-A) (Silva & Kimura, 2002) (Apêndice C): Trata-se de um questionário de avaliação do autocuidado. Corresponde a 24 itens aos quais se atribuem valor em uma escala *Likert* de 1 a 5 pontos (mínimo 24 pontos e máximo 120 pontos), que varia de “*Discordo plenamente*” até “*Concordo plenamente*”. Os itens abordam questões como: disponibilidade, vontade e condições de modificar hábitos de vida; também avalia os cuidados como alimentação, higiene e peso; a busca de uma rede de apoio em caso de dificuldade no processo de autocuidado. Quanto mais próximo de 120 a pontuação do sujeito, mais condutas de autocuidado ele refere ter. Na análise da confiabilidade do instrumento original, ele obteve um coeficiente *Alpha* de *Cronbach* de 0,89.

4) *Questionário de percepção de risco* (Figueiras, s/d) (Apêndice D): A escala apresenta quatro questões que as pessoas devem responder o quanto se percebem em risco através de uma escala *likert* de 0 a 10 pontos, que variam de “*em nada*” até “*muitíssimo*”. Os resultados da Escala de Percepção de Risco foram interpretados considerando um intervalo de variação zero a quarenta pontos. Quanto mais a pontuação, maior a percepção de risco da doença.

5) *Folder explicativo sobre o câncer de colo de útero* (Apêndice E): o folder foi desenvolvido pela mestrande e pela orientadora dessa pesquisa, sendo uma ferramenta para propor explicações sobre o câncer de colo de útero, sua prevenção, consequências e tratamento. Também abordou-se percepções sobre a doença e orientações sobre condutas preventivas de autocuidado de forma clara e atraente. Foi entregue as participantes no primeiro dia da intervenção psicoeducativa.

Procedimentos

Antes da aplicação dos instrumentos, as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo, riscos e benefícios em participar, sobre o caráter voluntário da sua participação, garantia de sigilo de seus dados de identificação e assinaram o TCLE (Apêndice F). Foram oferecidos quatro encontros grupais pela manhã e quatro encontros grupais durante a tarde. Os grupos tiveram frequência semanal, com duração média de uma hora e meia cada. Os encontros ocorreram numa sala de grupos situada na área de ginecologia/obstetrícia da UBS. Todos os encontros foram coordenados por uma psicóloga com experiência clínica e por pelo menos mais uma profissional da área. Os encontros foram todos gravados em vídeo para posterior transcrição e análise. Os instrumentos foram autoaplicados e foram entregues em envelopes individuais, numerados, sem a identificação das participantes para garantir a confidencialidade dos dados. A coleta de dados dos questionários foi realizada em dois momentos, no primeiro e no último encontro (Pré-teste e Pós-teste).

Cada um dos encontros teve objetivos previamente planejados e as discussões foram embasadas (foco) no MSC e suas dimensões. A intervenção teve como objetivo central aumentar o conhecimento quanto ao CCU e seus fatores de risco, promover e fortalecer condutas de autocuidado (fazer o exame preventivo) e ajustar a percepção da doença e de risco (torná-las mais realistas). O quadro 1, a seguir, apresenta o Protocolo de intervenção e sumariza os objetivos de cada encontro e as técnicas utilizadas.

Quadro 1 - Protocolo de intervenção do programa psicoeducativo para a prevenção do CCU

Sessão	Objetivo	Atividades/Técnicas
Coleta Inicial (Pré-teste) Encontro 1	<ul style="list-style-type: none"> - Assinatura do TCLE; - Coleta de dados (pré-teste); - Apresentar os membros do grupo; - Discussão sobre questões relacionadas à anatomia feminina; - Diferenciar o corpo doente e o corpo saudável. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação dos instrumentos; - Elaboração de crachás (nome); - Psicoeducação (entrega folder explicativo sobre o CCU); - Construção do corpo feminino (dinâmica de grupo); - Tarefa de Grupo: registro sobre as reflexões sobre o ato de se cuidar (“<i>Você se cuida?</i>”)
Encontro 2	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer sobre o Autocuidado; formas de contaminação pelo HPV e DST’s, CCU e formas de prevenção. 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisão da tarefa do encontro anterior (“<i>Você se cuida?</i>”). - Apresentação de slides (<i>Power point</i>) com material psicoeducativo;
Encontro 3	<ul style="list-style-type: none"> - Educar sobre a contaminação pelo HPV e sobre a relação entre o HPV e o CCU; - Esclarecer sobre os comportamentos de risco; - Habilitar para o reconhecimento de comportamentos de risco e resolução de problemas quanto as condutas de risco e autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de <i>slides (Power point)</i> com material psicoeducativo; - Discussão de casos clínicos fictícios e resolução de problemas.
Coleta Final (Pós-teste) Encontro 4	<ul style="list-style-type: none"> - Retomar os conteúdos dos encontros anteriores; - Avaliar da percepção das participantes quanto à intervenção; - Motivar as mulheres a ser tornarem multiplicadoras dos conhecimentos produzidos; - Coletar dados (pós-teste). 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação dos instrumentos; - Entrega de material impresso (resumo dos encontros anteriores); - Apresentação de slides (<i>Power Point</i>) com material psicoeducativo.

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerações éticas

De acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras envolvendo pesquisas com seres humanos, esta pesquisa contemplou todos os cuidados éticos com o intuito de garantir o anonimato no tratamento dos dados e da divulgação dos resultados encontrados neste estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Porto Alegre, Processo sob nº 001.008580.12.0, registro no CEP número 756, emitido no dia 10/04/12.

A participação das mulheres foi registrada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O primeiro encontro do programa psicoeducativo serviu para esclarecer de forma minuciosa sobre os procedimentos e objetivos do estudo, solicitando a aceitação das mesmas e, comunicando que poderiam desistir da participação na pesquisa a qualquer momento, sem ocorrência de prejuízo.

Análise dos dados

Os dados coletados através instrumentos psicométricos pré e pós-teste foram submetidos à análise estatística descritiva e expressos através de médias, desvio padrão, frequências e porcentagens. Os encontros dos grupos foram gravados em vídeo e, posteriormente, transcritos e submetidos à análise de conteúdo. Ao todo, foram transcritas aproximadamente nove horas de gravação. Os dados foram analisados, qualitativamente, em três etapas: a) leitura inicial, sem julgamentos (“*naive*”); b) análise estrutural e categorização do conteúdo dos grupos em relação às dimensões do MSC e, por fim, c) interpretação crítica e discussão (Hounsgaard, Augustussen, Moller, Bradley & Moller, 2013).

Resultados e Discussão

A amostra (n=10) foi constituída por mulheres (M=54,60 anos; $dp=13,52$), com três filhos em média e, em sua maioria, eram casadas/com companheiro e trabalhavam. Quanto ao nível educacional, três delas completaram o ensino fundamental, três concluíram o ensino médio e quatro, o ensino superior. As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição das variáveis sociodemográficas (N=10)

Variáveis	N	Média	DP
Idade (anos)		54,60	13,52
Número de filhos		2,83	5,08
Estado Civil			
Casada/vive com companheiro	07		
Solteira	03		
Ensino			
Até ensino fundamental completo	03		
Até ensino médio completo	03		
Até ensino superior completo	04		
Trabalha	06		

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação às variáveis clínicas e de comportamento sexual, nenhuma das mulheres referiu histórico de DST. Quanto ao autocuidado, nove mulheres afirmaram ter realizado o exame Papanicolau no último ano, usar o serviço de saúde com regularidade e ter consultado o ginecologista. No que concerne ao número de parceiros sexuais no último ano, metade delas informou ter tido apenas um parceiro fixo. Seis mulheres referiram não ter histórico familiar de câncer. A distribuição das variáveis clínicas e de comportamento sexual estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2

Distribuição das variáveis clínicas e comportamento sexual (N=10)

Participante	Grupo (M/T)	DST (S/N)	Papanicolau (últimos 12 meses) (S/N)	Papanicolau (últimos 03 anos) (S/N)	Usa o serviço de saúde regularmente? (S/N)	Visita ao ginecologista? (S/N)	Nº parceiros sexuais (últimos 12 meses)	Histórico familiar de câncer? (S/N)
01	M	N	S	S	S	S	NI	S
02	M	N	N	N	N	N	1	N
03	M	N	S	S	S	S	0	N
04	M	N	S	S	S	S	1	S
05	M	N	S	S	S	S	NI	N
06	M	N	S	S	S	S	1	S
07	M	N	S	S	S	S	NI	N
08	T	N	S	S	S	S	1	S
09	T	N	S	S	S	S	NI	N
10	T	N	S	S	S	S	1	N

Legenda: M (manhã) e T (tarde); S (Sim) e N (Não); NI (Não informou).

Fonte: Elaborada pela autora.

A análise de conteúdo dos oito encontros foi realizada a partir das transcrições das gravações em vídeo. Os resultados provenientes desta análise e a discussão estão apresentados abaixo. Os dados oriundos dos dois grupos (M/T) foram condensados e serão apresentados em conjunto, obedecendo à sequência de encontros (1 a 4).

1º Encontro:

Após a apresentação inicial, aplicação do TCLE e dos instrumentos do pré-teste, deu-se início ao grupo que tinha como objetivos a discussão sobre questões relacionadas à anatomia feminina e a diferenciação do corpo doente e do corpo saudável. Neste momento, as participantes relataram sua motivação para os encontros “*Esclarecimento sempre é bom, quanto a gente mais souber, melhor*” (2). Apareceram conteúdos relacionados à preocupação

com o cuidado da sua saúde *“Eu já faço prevenção há bastante tempo, então eu já tô mais [...] Todos os anos eu faço todos os check-ups ginecológicos. É o que tem que fazer, não adianta”* (1); *“Não sei, já estou com 51 anos, ainda estou menstruando [...] mesmo tomando comprimidos. Então sei que agora vou ter que começar a me inteirar mais”* (2).

Foi proposta uma dinâmica com foco na compreensão e com o objetivo de identificar e conhecer os órgãos sexuais femininos no sentido de promover o autoconhecimento, estimulando a consciência em relação ao autocuidado (Técnica: construção do corpo feminino). A silhueta de um corpo feminino impressa em um banner foi pendurada na parede. As participantes foram solicitadas a identificar e escolher o local dos órgãos (coração, cérebro, mamas, útero, trompas e ovário) que estavam dispostos sobre uma superfície.

Através da discussão decorrente da dinâmica sobre o corpo feminino, emergiram conteúdos importantes sobre o cuidado com seu próprio corpo, com o cuidado do corpo de mulheres da família e a relação mente-corpo, *“[...] o cérebro é pra pensar, tem que pensar, se o cérebro não funciona, o resto [...]”* (8). As participantes deram o nome de Marisa à personagem: *“De mulher pra mulher”*, referindo-se ao slogan de uma grande rede de lojas de roupas feminina brasileira (3).

A técnica propiciou a discussão acerca do autoexame das mamas e sobre a identificação de sinais ou sintomas relacionados à uma possível doença na mulher *“Eu me examino no banho”* (1); *“Eu não tenho mais o costume de fazer. No início eu até fazia, mas como eu sempre sinto dor aqui dos lados (axilas), sempre [...]”* (2); *“[...] e as mamas acho que um autocontrole, a palpação, o visual, né, o toque das mãos pra ver se tem nódulo ou não tem”* (8). A identidade do câncer de mama parece estar bem constituída nessas mulheres, em função de que seus sinais e sintomas são perceptíveis (caroço no seio) e passíveis de uma avaliação externa, como por exemplo, pelo toque. Já a construção da identidade do CCU parece ser dificultada por esta doença não apresentar, inicialmente, sinais e sintomas evidentes passíveis de detecção pela própria mulher. Assim, a dinâmica proposta suscitou o debate sobre as diferentes formas de manifestação da doença, de que não é necessária a existência de sintomas para estar doente (e por isso a importância dos exames preventivos), e também favoreceu um maior conhecimento sobre a anatomia feminina incluindo órgãos internos e suas funções.

O papel da mulher como cuidadora da família ficou evidente quando refere preocupação sobre o cuidado com a saúde de seus familiares: *“E agora, com a minha filha, que começou a menstruar... mesma coisa, eu estou sempre ligada nela [...] Eu estou sempre perguntando se ela também está tendo esta consciência de se observar”* (2); *“Tive filho muito*

tarde, engravidei com 36 anos. Minha filha vai fazer 15 agora em dezembro, então não quero ser vó tão cedo” (2); “Minha mãe teve o primeiro filho com quinze, e aí começou a escadinha, então os mais velhos cuidam dos mais novos. Nós éramos 11. Não tenho filhos, mas cuidava dos outros. Eu não tive tempo, não tive a chance” (3).

As falhas do sistema de saúde parecem constituir um obstáculo para o autocuidado de muitas mulheres. Essas dificuldades estão relacionadas com a percepção de controle do tratamento, isto é, as mulheres acabam ficando desacreditadas do atendimento e da eficiência do mesmo. *“A gente vem e custa a conseguir a ficha (para atendimento na UBS). Às vezes a gente vem e não consegue, volta. E daí vem no outro dia mais cedo, às vezes consegue, às vezes não. Tudo vai empurrando os problemas, né?” (4). “Uma cirurgia dessas (retirada de ovário) é complicado pelo SUS, sei lá. Pode chegar lá com uma coisa e sair com outra, infecção que a gente ouve muito falar” (2). “É desgastante. Tu vem aqui e pensa: bom, eu vou conseguir uma ficha. O doutor A, faz três meses que tento e não consigo consulta [...] Ai acho que tem que amanhecer na porta” (1).* Já que, individualmente, não está ao alcance dessas mulheres modificar o sistema de saúde no qual estão inseridas, torna-se fundamental que exista um mecanismo por meio da qual as mulheres motivadas a cuidar da sua saúde encontrem uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capazes de suprir suas necessidades. Por essa razão, é relevante a educação permanente em saúde que possa promover a atenção para prevenção do câncer de colo de útero, priorizando o diagnóstico precoce e o rastreamento (Casarim & Piccoli, 2011).

No que tange à percepção de controle pessoal, algumas participantes mencionaram a necessidade de organização pessoal para manterem o autocuidado: *“[...] os últimos exames ginecológicos que eu fiz ficam no cantinho do roupeiro. Eu só puxo ali. Dai eu sei a data que eu fiz antes, tanto que agora eu tenho que fazer de novo” (3). “Eu tenho mental (a época do exame), eu me lembro da época. Estava mais ou menos friozinho ainda. Mas foi em agosto do ano passado” (2).* Nesta perspectiva, a educação em saúde como um processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem as mulheres a adotarem condutas preventivas que permitem um estado saudável é fundamental para o estímulo de atitudes individuais para o autocuidado (Oliveira, Fernandes & Sawada, 2008).

Algumas participantes evidenciaram a importância do reconhecimento dos sentimentos e emoções para a saúde a partir da identificação do cérebro e do coração na boneca: *“O cérebro é muito importante, porque a cabeça da gente comanda o resto, né? Então se está meio perturbado, perturba tudo” (2).* A representação emocional da doença permeia a fala das mulheres, que referiram sentir-se angustiadas e preocupadas com a

possibilidade de terem uma doença como o câncer de colo de útero *“Porque eu já tinha problema de ovário. Eu tirei um cisto de ovário, então eu me preocupo mais”* (1). Essas representações emocionais estão também diretamente associadas à percepção, pois uma vez que o medo toma conta, a angústia fica exacerbada: *“Eu não sou de encucar com as coisas, eu não sofro antes da hora [...]. Primeiro vamos consultar e ver o que é, para depois eu ficar assim [...]. Tem outros que já é o contrário, ‘não, eu vou morrer’. Pára, deixa para depois que tu ver o resultado”* (2); *“É, tu tem consciência né, que tu tem que fazer (os exames preventivos), mesmo que tu não queira viver muito aquele problema, se preocupar. Mas tu sabe que tu tem que fazer, que é uma obrigação. [...] Eu acho que não se preocupar demais, mas também não relaxar”* (2).

A relação entre a representação emocional sobre o câncer de colo de útero, o autocuidado e a percepção de risco esteve presente durante todo o encontro, já que os sentimentos despertados por uma doença potencialmente grave são intensos e interferem nas suas condutas e na sua percepção de risco: *“Eu sou uma pessoa muito fria para esse tipo de coisa. Eu não sou de sentir uma coisa e ir correndo para o médico. Não sou assim. Eu acho que eu deveria ser um pouco mais, porque daí eu acho que iria me cuidar mais”* (2). *“Eu gosto de resolver o problema dos outros, o meu vai ficando. Eu me preocupo mais com os outros do que comigo mesma”* (1), *“Eu acabo me envolvendo com isso (trabalho) e esqueço”* (2).

A palavra câncer remeteu as mulheres à ideia de consequências negativas e fatais para a pessoa. O fato de o grupo estar trabalhando questões relacionadas à prevenção do CCU as fez generalizar para outros tipos de câncer, e algumas mulheres tiveram experiências familiares difíceis relacionadas a essa doença: *“Na minha família, todo mundo morre de câncer. Minhas primas são cheias de cistos, cheias de miomas. Eu, agora que deu né (diagnóstico de mioma no útero), eu nunca tive problema assim. [...] Então, eu tenho uma consciência de que eu tenho que ser mais cuidadosa com a minha saúde fazer mais exames”* (2). As consequências negativas do câncer, para essa participante ativaram sua percepção de risco de ter a doença, fazendo-a estar mais atenta ao seu autocuidado. Para outra mulher, é esperado que, após muitos filhos, o útero seja retirado, portanto essa consequência é vista como algo natural: *“A minha mãe tirou o útero. Mas depois de 11 filhos, já era para ter tirado mesmo!”* (3).

As possíveis causas da doença apareceram na fala de uma das mulheres, mas estiveram relacionadas às vivências na sua família com o câncer em geral. Neste encontro, não foram tratados os fatores de risco e causas do câncer de colo de útero, que foi explorado

nos encontros seguintes: *“Porque (o câncer) tá no DNA, né?”* (2). Ao final, em função do que foi discutido e adiantando o assunto do próximo encontro elas foram indagadas sobre a seguinte questão: *“Você se cuida?”*.

2º Encontro:

O segundo encontro tinha como objetivo esclarecer sobre o autocuidado, e sobre o CCU, formas de contaminação pelo HPV, DST's e a prevenção. O grupo iniciou discutindo a tarefa de casa *“Você se cuida?”*. Para algumas participantes o significado de se cuidar é: *“[...] às vezes a gente pensa que se cuida de alguma forma, mas às vezes a gente falha [...]. Se cuidar na alimentação, no andar, no calçado [...] então, várias coisas”* (2); *“É bom para a saúde. Pra gente é bom se cuidar. A alimentação, fazer exercícios”* (7); *“a conclusão [...] é que tem que se cuidar de tudo um pouco, né?”* (4); *“até o emocional também influi (no autocuidado)”* (5). Nesta perspectiva o *constructo* autocuidado aparece de forma variada na opinião das participantes, mas todas as afirmações vão no sentido de que a prática para o autocuidado acontece quando um indivíduo desempenha de forma voluntária e intencional em seu próprio benefício atitudes/comportamentos com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações envolvem a tomada de decisão e são afetadas por fatores tais como sexo, idade, estado de saúde, socioculturais, acesso a serviços de saúde (Bub, Medrano, Silva, Wink, Liss & Santos, 2006).

Foram apresentados dados sobre o autocuidado, contendo informações sobre a importância de realizar exames preventivos, ter uma boa alimentação, fazer exercícios físicos, procurar auxílio quando não souber de algo (resolução de problemas), cultivar bons pensamentos em relação a si mesmo e aos outros. O tema autocuidado fez emergir nas mulheres formas diversas do que elas entendem e de como elas se cuidam: *“[...] porque querendo ou não, sendo desconfortável ou não, a gente precisa ir. Não adianta a gente dizer que não, a gente precisa se cuidar”* (3); *“[...] ter consciência, né, de que a gente precisa se cuidar, né”* (3); *“[...] eu evito beber coisas com álcool, não fumo, cuido do peso também que é uma coisa bem importante. [...] Mas eu pensei que se cuidar é também fazer o que a gente gosta, né”* (9).

A dimensão Controle Pessoal esteve bastante vinculada às questões do autocuidado: *“eu acho que o psicológico é o todo, né? Por que se a cabeça não tá bem, o corpo vai se prejudicando”* (4); *“[...] a cabeça é o guia da gente né”* (1). Algumas delas percebiam que não eram eficientes em se cuidar e trouxeram questionamentos sobre sua capacidade de organização e resolução de problemas: *“Ah, semana que vem. Hoje tem... deixa. A gente vai*

protelando certas coisas” (2); *“Mês que vem eu vou no médico, porque agora esse mês eu não vou poder. Semana que vem eu vou no médico. Ou então eu marco a consulta e ah, esqueci, mas eu vou marcar para outra semana e vai deixando [...]”* (3); *“[...] tenho que me cuidar, tenho que me cuidar, tenho que me cuidar, mas não. Deixa pra amanhã, deixa pra amanhã, deixa pra amanhã”* (3). Algumas vezes, o desconhecimento dos reais sintomas de um quadro clínico pode fazer com que a pessoa mantenha crenças errôneas, faça autodiagnósticos e subestime a necessidade de ajuda, podendo demorar a buscar auxílio e agravar o seu estado de saúde. Por exemplo, mulheres sem conhecimento prévio sobre o CCU, sobre os fatores de risco associados, com crenças errôneas sobre sua causa, sintomas e consequências podem negligenciar a necessidade de realizar o exame preventivo (Nadarzynsk et al., 2012).

De acordo com o Modelo de Autorregulação (Leventhal et al., 2003) as pessoas tendem a regular seu comportamento priorizando seu bem-estar e minimizando o seu nível de desconforto, conforme suas representações cognitivas e emocionais. Este processo autoregulatório acontece, especialmente, diante de ameaças ao equilíbrio da saúde. A autogestão em saúde é realizada conforme as representações que o indivíduo mantém sobre a gravidade de seu estado. No caso da amostra em questão, possivelmente, por não apresentarem sintomas negativos ou desconforto provocado por um problema de saúde ginecológica iminente, não sentiam necessidade de orientarem seu comportamento para o autocuidado. O processo autoregulatório relaciona-se ainda com a expectativa da probabilidade de uma pessoa vir ou não a sofrer uma doença. Essa expectativa pode implicar na procura de cuidado, adoção de comportamentos preventivos e adesão ao tratamento (Figueiras, 2008). De acordo com isso, uma das participantes relatou uma situação, na qual, a ameaça real ao seu estado de saúde provocou impacto em seu equilíbrio e maior consciência acerca da necessidade de autocuidado: *“É, eu já tô bem consciente, depois que eu levei o susto (diagnóstico de mioma). [...] parece que tu tem que passar por uma situação pra tu ter consciência e dar mais valor”* (5).

A intervenção grupal informou às participantes sobre a relação entre o CCU e o HPV. Para algumas mulheres esta relação não estava clara: *“Eu não achava que [...]”* (3). *“Pode contaminar”* (5). *“[...] então é o homem que passa pra mulher?”* (3). Educar as mulheres sobre o HPV, sua forma de transmissão e possíveis consequências desta infecção pode contribuir na modificação de comportamentos de risco (Trisntam, 2006).

A dimensão controle pessoal parece ter relação com a expectativa quanto à efetividade dos tratamentos disponíveis. Quanto mais forte é a ideia de que o tratamento funciona, menor

parece ser a percepção de controle pessoal da doença e, portanto, de necessidade de autocuidado já que a mulher ‘não seria’ a principal responsável pela sua saúde. “[...] *sábado vendo o Altas Horas (programa de televisão) estava, não lembro o nome dela, falando sobre se cuidar e ela falou que na geração dela foi que surgiu a AIDS. Então era campanha e aquela coisa toda pra camisinha e hoje a gente relaxou, não esta mais aquela coisa, porque tem remédio né*” (3). Da mesma forma que o exemplo citado pela participante sobre o HIV a vacina contra o HPV também pode gerar a falsa sensação de que a mulher está imunizada contra o vírus e, conseqüentemente, o CCU. Essa noção equivocada poderá contribuir para que as condutas de autocuidado sejam negligenciadas, deixando de fazer regularmente o exame Papanicolau e se expondo à condutas sexuais de risco (INCA, 2014). Por isso, intervenções de cunho psicoeducativo são imprescindíveis na prevenção do CCU.

Ao final, aconteceu o fechamento do encontro com o reforço para que as participantes continuassem refletindo sobre o autocuidado e sobre as condutas que poderiam ter para melhorarem a sua saúde e a sua qualidade de vida.

3º Encontro:

O objetivo do terceiro encontro foi educar sobre a contaminação pelo HPV e a relação com o CCU, esclarecer sobre os comportamentos de risco, habilitar para o reconhecimento de comportamentos de risco e para a resolução de problemas quanto às condutas de risco e autocuidado. Neste encontro, as participantes foram convidadas a pensar juntas sobre os comportamentos de risco e a contaminação pelo HPV. As mulheres se mobilizaram bastante nas discussões sobre o esclarecimento sobre quando e em quais situações estamos em risco: “[...] *eu, no caso fumo, não faço nenhum exercício*” (3). Foram esclarecidas questões sobre doenças sexualmente transmissíveis, condutas de autocuidado e prevenção do câncer de colo de útero.

Na perspectiva do Modelo do Senso Comum, o conceito de risco decorre da correspondência entre as características individuais e os atributos relacionados à representação da doença. Com isso, a estimativa da probabilidade e da gravidade de uma determinada doença afeta as escolhas individuais no que se refere ao comportamento relacionado com a saúde (Figueiras & Alves, 2007). Para isso, foram apresentados casos fictícios de mulheres que passaram por diferentes dificuldades como: a contaminação pelo HPV, HIV, dúvidas sobre a prevenção, condutas de autocuidado e comportamentos de risco.

As mulheres foram estimuladas a identificar os comportamentos disfuncionais daquelas personagens: “[...] *o próprio álcool e a droga não deixam com que ela possa se*

impor, porque ela vai daquele jeito bem [...] sem controle nenhum” (3). Também abordaram questões referentes ao comportamento sexual de risco com os parceiros e a falta de autocuidado, no que diz respeito à contaminação pelo HPV: “[...] *os gurus se sentem em casa, né? Eles dizem: ‘não vou comer papel com bala’* (referindo-se ao uso do preservativo masculino). *Eles dizem que não vão usar e elas aceitam.*” (4). As participantes identificam a percepção de risco a partir da constituição da percepção, da identificação e da atribuição ao CCU, demonstrando ser um importante passo para o processo de buscar ajuda (Bish et al., 2005).

A ideia do controle pessoal foi uma dimensão bastante trabalhada no grupo em função da discussão dos casos propostos: *“Vai depender dele também (companheiro). Não adianta todo mundo: ‘ai, vai, te cuida, te trata, vai lá’, mas se a pessoa não quiser, não adianta nada.*” (3). A partir disso, ficou evidente a necessidade do apoio de outros para a realização do autocuidado quando a pessoa demonstra não conseguir ter atitudes de enfrentamento frente à dificuldade: *“[...] é, como ela não tem condições, ela tem que ter o apoio familiar, o apoio dos amigos e tirar ela desse marasmo, dessa tristeza e acompanhar, de repente.*” (1). A análise do apoio social e sua relação com a saúde, a doença e o cuidado estão presentes em pesquisas em diversas áreas como a enfermagem, psicologia, sociologia, educação em saúde, saúde pública entre outras. O apoio social pode ser visto como um tipo de prestação de ajuda através do intercâmbio, obrigações e padrões de reciprocidade entre indivíduos, grupos, famílias e instituições. De outro lado, o dar, receber e retribuir apoio se influenciam e são influenciados por fatores econômicos, sociais e culturais (Canesqui & Barsaglini, 2012).

Ao final, o fechamento do grupo ocorreu com o pedido para que as participantes continuassem refletindo sobre os comportamentos de risco e sobre novas atitudes que poderiam adquirir para melhorarem seus comportamentos e atitudes em relação à sua saúde.

4º Encontro:

O último encontro da intervenção psicoeducativa teve como objetivo retomar os conteúdos dos encontros anteriores, avaliar qual foi a percepção das mulheres quanto à intervenção e motivá-las a se tornarem multiplicadoras dos conhecimentos produzidos no grupo. Inicialmente, foi entregue individualmente material impresso contendo todas as informações trabalhadas nos encontros (Anexo A), sendo retomados os assuntos anteriores através de uma apresentação em *power-point*. Segundo Torres, Candido, Alexandre e Pereira (2009), o material impresso permite à mulher a leitura posterior, reforçando as informações orais e servindo como um guia de orientação. Uma das participantes expressou que foi capaz

de tomar uma atitude que envolveu a prevenção do CCU e o Controle Pessoal: *“Eu já marquei tudo (exames de prevenção), falta só fazer.”* (1). Neste sentido, o grupo pode ter funcionado como um dispositivo motivador para a realização dos exames preventivos que as fez superar a insegurança e outros bloqueios, pois esse é um fator talvez mais importante para o autocuidado do que a simples conscientização do que precisa ser feito (Fernandes & Nachi, 2002; Paula & Madeira, 2003; Peloso, Carvalho & Hilgarashi, 2004; Ferreira & Oliveira, 2006).

As participantes discutiram sobre o papel dos exames preventivos e do quanto a sua realização previne consequências negativas (percepção das consequências da doença). A intervenção, portanto, parece ter favorecido uma melhor compreensão sobre as repercussões da falta de autocuidado: *“[...] eu entendi que é importante realizar sempre o exame porque o HPV pode não aparecer naquele exame (Papanicolau)”* (3); *“Sim, o médico me explicou aquela vez, fazer cirurgia em ti pra que (cirurgia para retirada de miomas do útero)? É menos que um grão de arroz. Então vamos tratar e controlar de seis em seis meses, se ele crescer ai sim. Mas ele continua do mesmo tamanho, no mesmo lugar e eu faço sempre o exame”* (2).

No grupo do turno da tarde uma integrante trouxe um recorte de jornal que continha a seguinte frase: *“Morrer de câncer não é destino, é descuido”*. Isso mobilizou as participantes que trouxeram conteúdos sobre a falta de autocuidado gerando consequências ruins à saúde: *“Eu concordo”* (9); *“Que você não se cuida, não faz exames, não procura saber”* (8). A dimensão Causa da Doença apareceu durante este diálogo como um questionamento sobre o ato de se cuidar e o desenvolvimento de um câncer: *“[...] não lembra aquela moça que falei que não tem trinta anos e está com câncer? Ela não sabia que estava com câncer... então para ela foi descuido? Será que foi descuido?”* (10); *“[...] aqui fala que morrer de câncer, não ter câncer...o quanto a gente precisa se cuidar e fazer um bom tratamento quando isso acontecer. Porque morrer está ligado ao fato de não ter descoberto antes”* (8). Percebe-se que a ideia sobre as consequências, especialmente no que diz respeito ao diagnóstico precoce do câncer, e a percepção de risco no que se refere a ter condutas de autocuidado, foram assuntos que elas compreenderam no desenvolvimento da intervenção.

Ao final, as mulheres foram questionadas sobre o que mais as chamou atenção durante os encontros. A dimensão identidade aparece junto com a compreensão do CCU: *“[...] eu para mim, fiquei mais esclarecida sobre o tumor, o câncer de colo de útero. Me chamou bem atenção, agora tô esclarecida sobre isso aí.”* (1). Já para outras integrantes, a dimensão percepção de risco parece ter sido o que mais ficou consolidado a respeito do grupo: *“[...]”*

fatores de risco, às vezes a gente não pensa tanto, tem noção das coisas mas conversar bem sobre essas coisas eu não tinha feito. Ter uma noção mais esclarecida pra passar adiante.” (3); “[...] eu como ela falou, fiquei mais esclarecida do câncer de colo de útero, foi muito importante a gente ficar bem atenta com isso, a gente tem filha, né.” (4); “[...] eu fiquei com os comportamentos de risco e as doenças sexualmente transmissíveis [...] as causas, o que leva à doença, os riscos, que eu preciso ir no médico.” (6). Deste modo, quando as mulheres percebem-se mais informadas sobre o CCU e seu surgimento, fatores de risco e a importância da realização do exame preventivo Papanicolau, sentem-se engajadas, e por meio do conhecimento deixam de ter uma atuação passiva, e passam a serem autoras na promoção da sua própria saúde. Tendo em vista a proposta da intervenção ser grupal, percebe-se ser uma ferramenta útil para a discussão sobre CCU e sua prevenção, caracterizando-se como uma oportunidade de troca de saberes e aprendizagem (Rodrigues et al., 2012).

Após o encerramento do grupo, as participantes responderam os instrumentos pós-intervenção. Este último encontro da intervenção teve, também, a intenção de motivar as mulheres participantes a se tornarem multiplicadoras dos conhecimentos produzidos. Assim, poderiam contribuir para a disseminação das informações sobre saúde da mulher, prevenção e autocuidado, na comunidade na qual estão inseridas.

Análises pré e pós-intervenção

No que diz respeito às análises descritivas dos questionários pré e pós-intervenção a respeito do autocuidado, percepção de risco e percepção da doença, houve mudança especialmente no que se refere à percepção de risco e da doença. A seguir, são apresentados os resultados deste protocolo de intervenção psicoeducativa e considerações a respeito, de acordo com cada instrumento.

Autocuidado

Observa-se que a pontuação pré e pós-intervenção das participantes é muito semelhante no que se refere ao autocuidado, o que é compreensível uma vez que a consolidação de condutas de autocuidado e prevenção (marcar e fazer exames, mudar atitudes e comportamentos) requer mais tempo para execução e avaliação do que o período em que a intervenção foi desenvolvida (um mês).

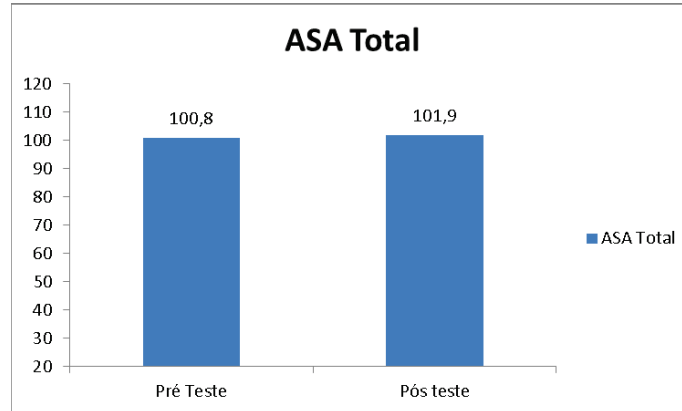


Figura 1. Médias pré e pós-intervenção do Questionário de Autocuidado-ASA (N=10)
Fonte: Elaborado pela autora.

Percepção de Risco

As médias das respostas a respeito da Percepção de Risco (Figura 2) demonstra que houve um aumento na percepção de risco para o CCU após a intervenção psicoeducativa.

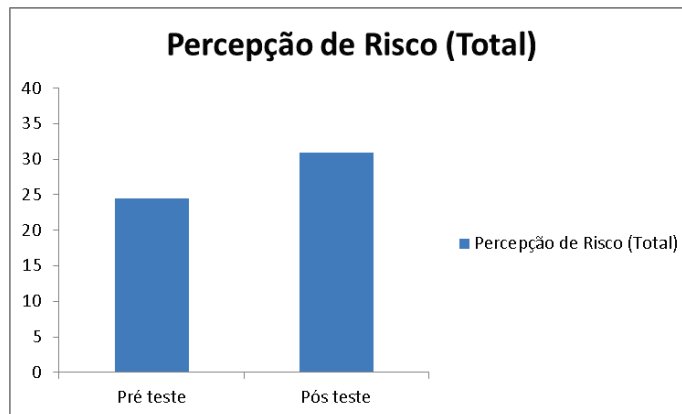


Figura 2. Médias pré e pós-intervenção do Questionário de Percepção de Risco (N=10)
Fonte: Elaborado pela autora.

Percepção da Doença

A Figura 3 mostra, de forma geral, que houve um ajustamento das percepções sobre o CCU antes e após a intervenção. Apesar das médias estarem muito próximas, houve uma diminuição da percepção da ameaça da doença na dimensão cognitiva (referente às consequências, duração, controle individual e do tratamento e identidade), da representação emocional e, conseqüentemente, da percepção sobre a doença total. Com relação à diminuição da pontuação da compreensão, o resultado reflete que as mulheres acreditavam que compreendiam a doença no pré-teste, porém no pós-teste se deram conta de que não compreendiam a doença.

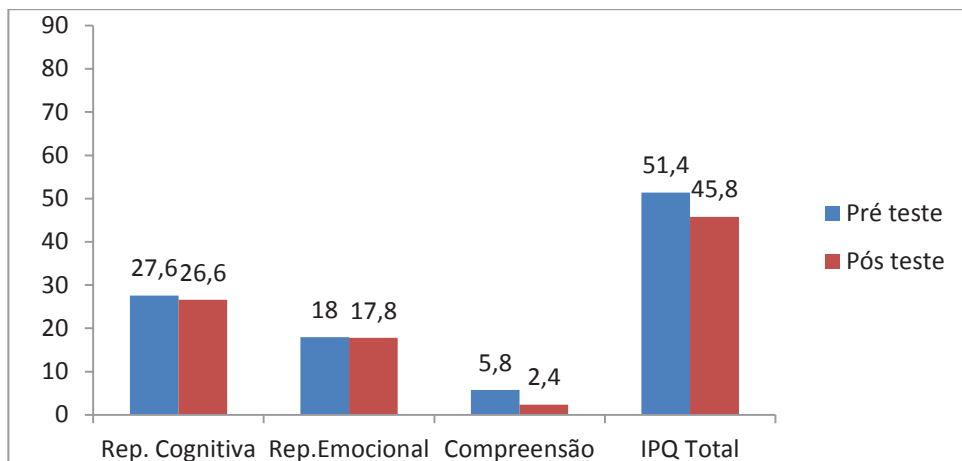


Figura 3. Médias Pré e Pós-intervenção das dimensões Percepção da Doença (N=10)

Fonte: Elaborado pela autora.

Análise das respostas da pergunta aberta do questionário (Brief IPQ)

Com relação à questão aberta que perguntava as três principais causas do CCU atribuída pelas mulheres, as respostas foram divididas em quatro categorias (Figura 4): 1) Comportamentos/hábitos de risco (incluía respostas relacionadas aos comportamentos sexuais de risco, maus hábitos de saúde, uso de álcool/tabaco); 2) Causas genéticas e/ou relacionadas a outras doenças (hereditariedade, DST's, infecções); 3) Comportamentos de falta de prevenção (não realizar exames preventivos e revisões ginecológicas); e 4) Outras causas (vergonha, causalidade, não sabe).

Conforme mostra a Figura 4, as mudanças na percepção de causas do CCU para essas mulheres ocorreram basicamente na maior consciência pós-teste a respeito dos comportamentos de risco como causa da doença. Neste sentido, pode-se pensar que as participantes, a partir da intervenção proposta, ampliaram o seu controle pessoal diante o CCU. Cabe salientar, que cada usuária deu de uma a três possíveis causas para a doença, por isso o total de respostas pré-teste foi de 26 respostas, e no pós-teste de 28 respostas.

Destarte, novas intervenções podem ser desenvolvidas, através do delineamento experimental e com controle mais robusto de variáveis intervenientes, para testar estatisticamente se o efeito da intervenção na dimensão controle pessoal é observado.

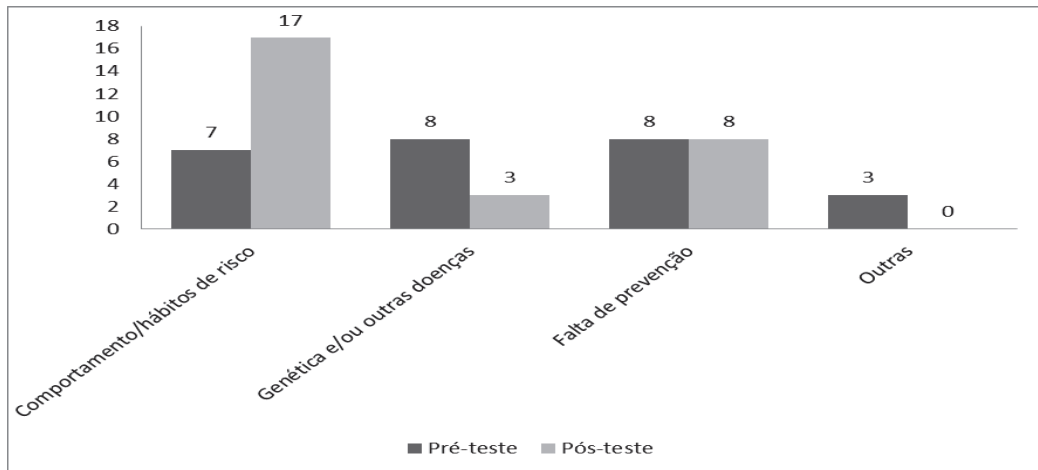


Figura 4. Pré e pós-teste das causas atribuídas ao CCU pelas mulheres
 Fonte: Elaborado pela autora.

Considerações Finais

Os principais objetivos deste estudo foram aumentar o conhecimento quanto ao CCU, promover e fortalecer condutas de autocuidado e ajustar a percepção sobre a doença e de risco, através de uma intervenção psicoeducativa. Os achados revelaram aspectos importantes no que diz respeito ao conhecimento, pois as participantes ajustaram suas percepções/crenças, aumentando sua percepção de risco e diminuindo a percepção de ameaça do CCU através da intervenção proposta. Com isso, elas parecem ter se dado conta de que estão mais em risco do que pensavam, mas a doença já não parece ser tão ameaçadora. Esse talvez possa ser um facilitador para o autocuidado, pois quanto mais “controle” a mulher sentir que possui em relação à ameaça de uma doença mais comportamentos preventivos e condutas de autocuidado ela poderá ter.

A intervenção psicoeducativa grupal demonstrou ser um instrumento interessante para a prevenção do CCU e para o fomento de condutas de autocuidado, pois o grupo se caracterizou em ser um facilitador onde as mulheres puderam entrar em contato com as suas dúvidas e angústias, apropriaram-se delas, e entenderam que devem ter um papel ativo nos cuidados com a sua saúde, através da informação constante e na realização dos exames preventivos.

Intervenções psicoeducativas, tais como a intervenção proposta, podem contribuir significativamente para a prevenção de doenças e para a melhora da saúde da mulher, conforme já foi amplamente discutido ao longo deste trabalho. Além de ter sido uma intervenção de baixo custo, podem contribuir para o melhor rastreio da doença e para a conscientização de condutas mais efetivas de autocuidado para a prevenção do CCU.

Referências

- Albuquerque, K. M., Frias, P. G., Andrade, C. L., Aquino, E., Menezes, G., Szwarcwald, C. L. (2009). Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 301-309.
- Apresentação e normalização de trabalhos acadêmicos. Associação Americana de Psicologia (American Psychological Association – APA). 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/BibliotecaFEA/elaborao-de-trabalhos-acadmicos-apa-6-ed>>.
- Aretz, M. (2012). *A percepção sobre a doença em mulheres com câncer do colo de útero, mulheres com lesões precursoras e mulheres saudáveis*. Dissertação de mestrado não publicado. Faculdade de Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. RS: São Leopoldo.
- Bertram, C. C., & Magnussen L. (2008). Informational needs and the experiences of women with abnormal papanicolaou smears. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 20(9), 455-462.
- Borsatto, A. Z., Vidal, M. L. & Rocha, M. C. (2011). Vacina contra o HPV e a prevenção do câncer do colo do útero: subsídios para a prática. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57, 67-74.
- Bub, M. B., Medrano, C., Silva, C., Wink, S., Liss, P., Santos, E. k. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 15 (Esp.): 152-157.
- Cain, E., Kohorn, El., Quinlan, D.M., Latimer, K. & Schwartz, P.E. (1986). Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 57(1), 183-189.
- Camargo-Borges, C. & Japur, M. (2008). Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos de autocuidado. *Texto e Contexto Enfermagem*, 17(1), 64-71.
- Campos, J., Zuanon, A. & Guimarães, M. (2003). Educação em saúde na adolescência. *Ciênc. odontol. Bras.* 6(4), 48-53.
- Candeias, N. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*. 31(2), 209-213.
- Canesqui, Ana Maria and Barsaglini, Reni Aparecida. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.5, pp.1103-1114.
- Creswell, J.W. (2010). *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Figueira, T.R., Ferreira, E.F., Schall, V.T. & Modena, C.M. (2009). Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e a promoção da saúde na atenção básica. *Revista de Saúde Pública*, 43(6), 937-943.

- Figueiras M. J., Machado V. & Alves N. C. (2002). Os modelos de senso-comum das cefaléias crônicas nos casais: relação com o ajustamento marital. *Anál. Psicol.*, 20(1), 70-90.
- Figueiras, M. J. & Alves, N. C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: an adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health* 22(2), 143–158.
- Figueiras, M. J. (2008). A relevância dos modelos de senso-comum da doença para a adesão terapêutica. *Revista Factores de Risco*, 11, 38-41.
- Figueiredo A. L., Souza L., Dell'Áglio, J. C. & Argimon I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento de transtorno bipolar. *Rev Bras Ter Comp Cogn.*, 11(1), 15-24.
- Gomes, B. & Lafer, B. (2007). Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. *Rev. psiquiatr. clín.* vol.34, n.2, pp. 84-89.
- Houngaard, Augustussen, Moller, Bradley & Moller. (2013). Women's perspectives on illness when being screened for cervical cancer. *Int J Circumpolar Health*. 2013 Aug 5;72.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA. (2014). Tipos de Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/> Retirado da world wide web em 19 janeiro de 2014.
- Justo, L. & Calil, H. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2), 91-99.
- Kaliks, R. & Giglio, A. (2008). Prevenção do câncer. In V. Carvalho et al., *Temas em psico-oncologia* (189-192). São Paulo: Summus.
- Knapp, P. & Isolan, L. (2005). Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(Supl. 1), 98-104
- Leavell, S. & Clarck E.G. (1976). *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.
- León-Pizarro, C., Gic, I., Barthe, E., Roviroso, A., Farrús, B., Casas, F., Verger, E., Biete, A., Carven-Bartle, J., Sierra, J. & Arcusa, A. (2007). A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. *Psycho-oncology*, 16, 971-979.
- Leventhal, H. (1984). Emotional and behavioural processes. In M. Johnston & L. Wallace (Eds.), *Stress and Medical Procedures* (pp. 25–57). Oxford: Oxford University Press.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L. & Robitaille, C. (1997). Illness representations: theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 19–46). Australia: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of Self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). London: Routledge.

- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health treats. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 221-252). New York: Erlbaum.
- Liberato, R. & Carvalho, V. (2008). Psicoterapia. In: V. Carvalho et al., *Temas em psico-oncologia* (341-350). São Paulo: Summus.
- Lopes, Lais de Oliveira, & Cachioni, Meire. (2013). Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 443-460.
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: a review. *Applied Psychology*, 54, 267-299.
- National Cancer Institute (NCI). <<http://www.cancer.gov>> / Retirado da world web site em: 12 de dezembro de 2013.
- Oliveira, Mariza Silva de; Fernandes, Ana Fátima Carvalho and Sawada, Namiê Okino. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. Texto contexto - enferm. [online]. 2008, vol.17, n.1, pp. 115-123.
- Parada, R., Assis, M., Silva, R. C., Abreu, M. F., Silva, M. A., Dias, M. B. I. & Tomazelli, J. G. (2009). A política nacional de atenção oncológica e o papel da Atenção Básica na Prevenção e Controle do Câncer. *Revista APS*, 11, 199-206.
- Pedro, L., Pais-Ribeiro, J. & Páscoa, J.P.,. (2012). Actas do 9 congresso nacional de psicologia da saúde.
- Presman, S., Carneiro, E. & Gigliotti, A. (2005). Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Revista de psiquiatria clínica*, v.32, n.5, p.267-275.
- Revonato, R.D., Dantas, A.O. (2005). Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa, *Infarma*, v. 17, nº3/4, p.72-75.
- Ridder, D. & de Wit, J. (Eds.). (2006). *Self-regulation in health behavior*. Chichester: Wiley.
- Rodrigues, B.C., Carneiro, A.C., Silva, T.L., Solá, A.C.N., Manzi, N.M., Schechtman, N.P., Magalhães, H. & Dytz, J. (2012). Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. *Revista brasileira de educação médica*. vol.36, n.1, suppl.1, pp. 149-154.
- Sousa, S., Marques, A., Rosario, C. & Queiros, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother.* vol.34, n.4, pp. 186-197.
- Souza, J. & Araujo, T. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo grupo Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Thuller, L. C. S. & Mendonça, G. H. (2005). Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo de útero em mulheres brasileiras. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetícia*, 27, 656-660.

- Torres, H., Candido, N., Alexandre, L. & Pereira, F. (2009). O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. *Rev. Bras. Enferm.* 62(2), 312-316.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Griffith, K., Riba, M. B. & Schwartz, J. L. (2003). Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer*, 98(4), 854-864.
- Trindade, I. (2007). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. In I. Trindade & J. Teixeira (orgs). *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 55-74) (2^a ed.). Lisboa: Climepsi.
- Weis, J. (2003). Support groups for câncer patients. *Support Care Cancer*, 11, 763-768.

A relação entre os dois artigos

A revisão sistemática da literatura internacional realizada para o artigo teórico possibilitou a identificação do que tem se produzido a partir de intervenções psicológicas que utilizam o Modelo do Senso Comum (MSC). Através deste artigo foi possível observar dados atuais de publicações científicas que descrevem, na sua grande maioria, intervenções para a prevenção de doenças crônicas e para o manejo dos portadores.

O desenvolvimento de intervenções psicológicas, utilizando a psicoeducação e o Modelo de Autorregulação do Senso Comum, podem constituir um avanço na área da Psicologia da Saúde. Neste sentido, o desenvolvimento da intervenção proposta neste estudo com mulheres saudáveis, proporcionou o ajustamento da percepção de risco permitindo-as que se tornem mais conscientes das potenciais ameaças à sua saúde e do risco de desenvolver o câncer de colo de útero, incentivando-as a adotar condutas de autocuidado mais efetivas.

Em suma, a educação em saúde aparece de forma evidente nos dois estudos, pois representa uma estratégia bastante importante no esclarecimento de informações e no fomento de comportamentos que auxiliem na promoção do autocuidado e na prevenção da saúde. Com isso, percebe-se que intervenções de cunho psicoeducativo constituem ferramentas úteis para orientar indivíduos saudáveis e portadores de doenças crônicas a adotar um estilo de vida mais saudável e a melhorar a qualidade de vida. Contudo, é importante enfatizar que, a percepção da doença e do risco devem ser itens fundamentais na construção de futuras intervenções.

No que tange as limitações deste estudo, ressalta-se o tamanho da amostra e sua heterogeneidade, bem como a necessidade de contemplar no planejamento da intervenção todas as dimensões do modelo de autorregulação em saúde. Apesar disso, acredita-se que os artigos desenvolvidos tenham contribuído para a construção de novos conhecimentos acerca de intervenções psicoeducativas para a prevenção do câncer de colo de útero, bem como, gerado subsídios para que, no futuro, novas possibilidades de intervenções psicoeducativas fundamentadas no Modelo do Senso Comum (MSC) sejam desenvolvidas.

APÊNDICE A - Dados biossociodemográficos

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Você trabalha? _____ Qual a sua profissão? _____

Situação Conjugal: _____

Já deu a luz? _____

Tipo de parto: _____

Autoavaliação do seu estado de saúde:

 Excelente Bom Moderado Ruim PéssimoDoenças crônicas Sim Não

Qual(is)? _____

Doença venérea ou sexualmente transmissível Sim Não

Qual?: _____

Realizou o teste papanicolau no último ano? _____

Realizou o teste papanicolau nos últimos três anos? _____

Usa regularmente esse serviço de saúde? _____

Fez alguma consulta médica no último ano? _____

Já houve algum tipo de câncer em sua família? Não Sim

Se sim, qual o grau de parentesco? _____

E qual o tipo ou a localização do câncer? _____

Você procura se prevenir contra o câncer de alguma maneira? Não Sim

Se sim, como previne? _____

Você tem o costume de ir ao ginecologista? Sim Não

Com que frequência você vai ao ginecologista? _____

Qual é o número de parceiros sexuais que tiveste no último ano? _____

Você fez uso de algum tipo de droga no último ano? Sim Não

Qual? _____

Você fez uso abusivo de álcool no último ano? Sim Não

APÊNDICE B - *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*

Este questionário é sobre o que você pensa sobre o câncer de colo de útero. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é que você escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você percebe essa doença. Por exemplo:

Quanto você acha que é responsável pela sua saúde?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não sou responsável pela minha saúde								Sou totalmente responsável pela minha saúde		

Para a questão acima, caso você pense que tem muita responsabilidade pela sua saúde, mas que não é totalmente responsável por ela, você poderia circular o número 8 ou o número 9, por exemplo. Se você acha que tem pouca responsabilidade pela sua saúde poderia circular o número 1 ou o número 2, e assim por diante.

Da mesma maneira, para as questões a seguir, por favor, circule o número que melhor corresponda ao seu ponto de vista.

1. Quanto você considera que o câncer de colo de útero pode afetar a vida da pessoa com a doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não afeta em nada a minha vida								Afeta gravemente a minha vida		
2. Quanto controle você sente que a pessoa com o câncer de colo de útero tem sobre a sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutamente nenhum controle								Tenho extremo controle		
3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar o câncer de colo de útero?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não ajudará em nada								Ajudará extremamente		
4. O quanto você acredita que a pessoa com câncer de colo de útero sente os sintomas (sinais, reações ou manifestações) da doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não sinto nenhum sintoma								Sinto muitos sintomas graves		

5. Quanto você está preocupado(a) com o câncer de colo de útero?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nem um pouco preocupado(a)											Extremamente preocupado
6. Até que ponto você acha que compreende o câncer de colo de útero?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não compreendo nada											Compreendo muito claramente
7. Quanto o câncer de colo de útero afeta emocionalmente a mulher doente? (Por exemplo, faz sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não me afeta emocionalmente em nada											Afeta-me muitíssimo emocionalmente
8. Quanto tempo você pensa que o câncer de colo de útero pode durar?											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dura pouco tempo											Dura muito tempo
9. Por favor, liste os fatores mais importantes que você acredita que podem causar o câncer de colo de útero. As causas mais importantes para mim são:											
1 ^a											
2 ^a											
3 ^a											

APÊNDICE C - Escala de Avaliação das Capacidades de Autocuidado (ASA-A)

Por favor, leia atentamente a frase e marque o número que melhor corresponder a sua opinião:

Itens	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo e nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1) Quando acontece qualquer tipo de alteração na sua vida, você procura fazer as mudanças necessárias para manter-se saudável.	1	2	3	4	5
2) Geralmente vê se tudo aquilo que faz para manter sua saúde está certo.	1	2	3	4	5
3) Quando tem dificuldade para movimentar alguma parte do seu corpo, procura dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4) Procura manter limpo e saudável o lugar onde vive.	1	2	3	4	5
5) Quando necessário, toma providências para manter-se saudável.	1	2	3	4	5
6) Sempre que pode, cuida de si.	1	2	3	4	5
7) Procura as melhores maneiras de cuidar de si.	1	2	3	4	5
8) Toma banho, sempre que necessário, para manter a sua higiene	1	2	3	4	5
9) Procura alimentar-se de maneira a manter seu peso certo.	1	2	3	4	5
10) Quando necessário, reserva um tempo para estar contigo mesmo.	1	2	3	4	5
11) Sempre que pode, faz ginástica e descansa no seu dia a dia.	1	2	3	4	5
12) Com o passar dos anos, fez amigos com quem pode contar.	1	2	3	4	5
13) Geralmente, dorme o suficiente para se sentir descansado.	1	2	3	4	5
14) Quando recebe informações sobre a sua saúde, faz perguntas para esclarecer aquilo que não entende.	1	2	3	4	5
15) De tempos em tempos examina seu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5
16) Antes de tomar um remédio novo procura informar-se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5
17) No passado, mudou alguns de seus antigos costumes para melhorar sua saúde.	1	2	3	4	5
18) Normalmente toma providências para manter-se saudável.	1	2	3	4	5
19) Costuma avaliar se as coisas que faz para manter-se saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
20) No seu dia-a-dia, geralmente encontra tempo para cuidar de si mesmo.	1	2	3	4	5
21) Se tem algum problema de saúde, sabe como conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22) Procura ajuda quando não tem condições de cuidar de si mesmo.	1	2	3	4	5
23) Sempre acha tempo para si mesmo.	1	2	3	4	5
24) Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do seu corpo, geralmente consegue cuidar-se como gostaria.	1	2	3	4	5

Total: _____

APÊNDICE D – Questionário Percepção de Risco

Para cada uma das questões abaixo, por favor, assinale o número que corresponde à sua opinião.

Em que medida você considera que pode contribuir para reduzir o risco de ter câncer de colo de útero?												
Em nada.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo.
Em que medida você considera que está em risco de vir a ter câncer de colo de útero?												
Sem risco.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Alto risco.
Comparando-se com uma pessoa da sua idade e sexo, em que medida você considera que está em risco de vir a ter câncer de colo de útero?												
Sem risco.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Alto risco.
Em que medida você considera que o câncer de colo útero é grave?												
Nada grave.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito Grave.

APÊNDICE E - Folder sobre o câncer de colo de útero



APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESTUDO 3

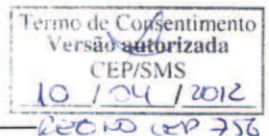
Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “**Intervindo no autocuidado e na prevenção do câncer de colo de útero: profissionais da saúde e usuárias de serviços básicos e especializados**” cujo objetivo é propor intervenções para o incremento das condutas preventivas de autocuidado com relação ao câncer de colo de útero em mulheres.

Sua participação envolve a participação em um grupo que procurará esclarecer dúvidas e promover uma discussão aberta sobre câncer de colo de útero, prevenção e autocuidado. Esse grupo será desenvolvido em aproximadamente 6 encontros pré-agendados, variando conforme demanda dos participantes. Todos os encontros serão gravados em áudio e vídeo para posterior análise do processo e dos conteúdos trabalhados. A participação nesse estudo é isenta de despesas, bem como não haverá ganhos diretos advindos desta pesquisa. Sua participação é voluntária, ou seja, você é livre para decidir sobre a participação dele e pode retirá-la a qualquer momento sem que isto traga qualquer prejuízo. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-la. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável Elisa Kern de Castro, fone (51) 9328 6381 ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, fone (51) 3289 5517/9144 1379.

Pesquisadora Responsável: Elisa Kern de Castro

Local e data



Nome e assinatura da participante

Local e data

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador (a) responsável.

ANEXO A – Material impresso



O QUE É HPV

- É UMA DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
- É O MAIOR VILÃO DA SAÚDE ÍNTIMA DA MULHER
- CAUSA LESÕES NA PELE E ATINGE PRINCIPALMENTE AS ÁREAS GENITAIS

O que é câncer no colo do útero?

- É UM TUMOR QUE SE DESENVOLVE A PARTIR DE ALTERAÇÕES NO COLO DO ÚTERO, QUE FICA NO FUNDO DA VAGINA
- SÃO CURÁVEIS = MAS SE NÃO TRATADAS PODEM SE TRANSFORMAR EM CÂNCER!

O HPV, Human Papilloma Vírus, é um vírus que vive na pele e nas mucosas genitais tais como: vulva, vagina, colo do útero e pênis...

Câncer de Colo de Útero

- ✓ 2. tumor mais frequente na população feminina
- ✓ 4 causa de morte de mulheres por câncer
- ✓ atinge mais de 4 mil mulheres brasileiras todos os anos

Fatores de risco

- Contaminação pelo HPV
- Falta de higiene íntima
- Início precoce atividade sexual
- Tabagismo
- Diversidade de parceiros sexuais

- ESTOU EM RISCO QUANDO...
- ✓ Não me responsabilizo pela minha saúde
 - ✓ Não consigo pensar em mim
 - ✓ Tenho relações sexuais e esqueço ou aceito não usar camisinha
 - ✓ Abuso de álcool e outras drogas
 - ✓ Prefiro remediar do que prevenir
 - ✓ Não estou suficientemente informado e não procuro ajuda para esclarecimentos
 - ✓ Tenho medo de defender e demonstrar o que penso e sinto
 - ✓ Penso que não corro riscos

A SOLUÇÃO É A PREVENÇÃO

- USO DE PRESERVATIVO
- BOA HIGIENE ÍNTIMA
- EXAME PREVENTIVO PAPANICOLAU

↓

É A MELHOR FORMA DE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Autocuidado

São todas aquelas nossas ações/attitudes que tem o objetivo de preservar e cultivar uma boa qualidade de vida de maneira livre, autônoma e responsável