STELA MARIA OUVINHAS ROSSETINI

**O MODELO DE CRENÇAS DE SAÚDE (MCS) NA
PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: ESTUDO
EM MULHERES QUE FREQUENTAM SERVIÇOS DE SAÚDE
EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP, 1989.**

SÃO PAULO

1994

**O MODELO DE CRENÇAS DE SAÚDE (MCS) NA PREVENÇÃO DO
CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: ESTUDO EM MULHERES QUE FREQUENTAM
SERVIÇOS DE SAÚDE EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP, 1989**

STELA MARIA OUVINHAS ROSSETINI

**Tese para obtenção do título de Doutor,
apresentada à Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo, Departamento
de Prática de Saúde Pública.**

Orientador:

Prof. Titular ARNALDO AUGUSTO FRANCO DE SIQUEIRA

SÃO PAULO

1994

A quem, ao se dedicar ao ser humano,
interessar-se também pelo humano do
ser.

AGRADECIMENTOS

Não há muitas formas para agradecer, mas há muitas formas de ajudar. Muitas pessoas me ajudaram, das mais variadas formas, a realizar este trabalho: com orientação, conselhos e discussões; substituindo-me quando necessário, datilografando, corrigindo; por incentivos, cobranças ou compreensão; com paciência, espera e espaço.

Algumas pessoas se fizeram presentes e ajudaram, algumas se fizeram ausentes para ajudar. Há também as que ajudaram apenas porque existem, e as que deixaram de existir e cuja memória, hoje, é mais que motivação.

A todas essas pessoas, de todas as formas, meu mais profundo agradecimento.

Porém, duas pessoas devem ser mencionadas, por terem representado, nestes anos, a tranquilidade de quem sabe ensinar e dividir responsabilidades. O Prof. Dr. Armando Piovesan, orientador que me acompanhou por grande parte do caminho, e o Prof. Adjunto Arnaldo Augusto Franco de Siqueira, orientador que me ensinou a finalizar este trabalho.

À eles, meu abraço de gratidão.

ÍNDICE

	P.
1 - INTRODUÇÃO.....	1
2 - OBJETO E JUSTIFICATIVA.....	11
3 - OBJETIVOS.....	13
4 - DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	14
5 - CONCEITOS UTILIZADOS E CONSIDERAÇÕES NECESSÁRIAS..	17
5.1 - Conceitos utilizados.....	17
5.2 - Considerações necessárias.....	20
5.2.1 - São José dos Campos em 1988.....	20
5.2.2 - Situação do programa de prevenção do câncer cérvico uterino encontrada na época da coleta dos dados.....	21
5.2.3 - Demarcações.....	22
6 - METODOLOGIA.....	24
6.1 - Escolha da população a ser estudada.....	24
6.2 - Pesquisa exploratória.....	24
6.3 - Instrumento de trabalho, medidas e resumos..	33
6.3.1 - Instrumento de trabalho.....	33
6.3.2 - Medidas e resumos.....	34
6.3.2.1 - Mensuração.....	34
6.3.2.2 - Padronização das medidas. Valor Escalar Médio -VEM.....	35

6.4 - Coleta de dados.....	36
6.5 - Tratamento de dados.....	37
6.5.1 - Cálculo de medidas.....	37
6.5.2 - Análise descritiva.....	38
6.5.3 - Relações entre variáveis.....	38
6.5.3.1 - Transformação de números em escalas.....	38
6.5.3.2 - O estudo das relações.....	40
7 - RESULTADOS.....	42
7.1 - Descrição da amostra.....	42
7.2 - Análise descritiva.....	44
7.3 - Relações entre variáveis.....	52
8 - DISCUSSÃO.....	98
8.1 - O MCS, seus componentes e a conduta preven- tiva.....	106
8.2 - Outras observações sobre a conduta preven- tiva do câncer cérvico-uterino.....	113
8.3 - Outras implicações do estudo.....	117
8.4 - Contribuições para programas educacionais...	125
8.5 - Considerações finais.....	131
9 - CONCLUSÕES.....	137
10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139

ANEXOS

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

p.

FIGURA 1 - Adaptação do conceito estrutural do MCS conforme ROSENSTOCK (1974-A), à conduta pre- ventiva do câncer cérvico-uterino, medida pela participação em programas de rastreamento.....	16
FIGURA 2 - Delineamento (modelo estrutural) da pesqui- sa exploratória.....	29

ÍNDICE DE TABELAS

	P.
Tabela 01 - Distribuição das entrevistadas conforme a alegação de conhecimento do câncer de útero e sua prevenção. São José dos Campos, SP, 1989.....	56
Tabela 02 - Distribuição das entrevistadas conforme a procedência. São José dos Campos, SP, 1989.	56
Tabela 03 - Distribuição das entrevistadas. Alegação de idade, conhecimento de câncer cérvico-uterino e iniciação sexual. São José dos Campos, SP, 1989.....	57
Tabela 04 - Alegação de escolaridade e conhecimento de câncer cérvico-uterino e sua prevenção nas 300 entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.....	58
Tabela 05 - Distribuição das entrevistadas conforme alegação de conhecer ou não câncer de útero e sua prevenção e idade da iniciação sexual. São José dos Campos, SP, 1989.....	59

Tabela 06 - Relação entre haver se submetido ao exame de Papanicolaou e a iniciação sexual, observada nas respondentes que alegaram conhecer o exame. São José dos Campos, SP, 1989.....	59
Tabela 07 - Percepção da gravidade ("perigo") do câncer cérvico-úterino alegada pelas 262 respondentes. São José dos Campos, SP, 1989...	60
Tabela 08 - Respostas "sim" às razões apresentadas pelas 262 respondentes para que o câncer de útero seja considerado doença perigosa (mais de uma resposta por respondente). São José dos Campos, SP, 1989.....	60
Tabela 09 - Opinião das 262 respondentes (em porcentagem) à respeito de 13 possíveis fatores etiológicos para o câncer cérvico-uterino. Os fatores estão apresentados por grupo etiológico e da forma como foram perguntados na linguagem popular. São José dos Campos, SP, 1989.....	61
Tabela 10 - Possibilidade de contágio do câncer de útero na opinião das respondentes. São Jo-	

sé dos Campos, SP, 1989.....	62
------------------------------	----

Tabela 11 - Percepção da gravidade do câncer cérvico-uterino pela comparação com outras doenças, na opinião de 262 respondentes (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989.....	63
--	----

Tabela 12 - Percepção de prognóstico do câncer cérvico-uterino quando seu diagnóstico é precoce, na opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	64
--	----

Tabela 13 - Opinião das 262 respondentes quanto às lesões de útero provocadas pelo câncer. São José dos Campos, SP, 1989.....	64
---	----

Tabela 14 - Necessidade de "tirar o útero" em caso de câncer, conforme resposta das entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.....	65
---	----

Tabela 15 - Possíveis consequências de "tirar o útero", quanto à normalidade da vida e das relações sexuais, na opinião de 262 respondentes (dados em porcentagem). São José	
--	--

dos Campos, SP, 1989.....	65
Tabela 16 - Opinião das respondentes sobre a possibilidade de vir a ter câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.....	
	66
Tabela 17 - Percepção de suscetibilidade ao câncer cervico-uterino em relação a outro problema de saúde. Opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	
	66
Tabela 18 - Preocupação das respondentes com a possibilidade de vir a ter câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.....	
	67
Tabela 19 - Preocupação das respondentes com a possibilidade de estar com câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.....	
	67
Tabela 20 - Possibilidade de prevenção e fatalismo em relação ao câncer de útero, alegados pelas 262 entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.....	
	68
Tabela 21 - Respostas "sim" à três medidas apresentadas	

para "evitar" o câncer de útero (mais de uma resposta por respondente), e sua relação com o fatalismo . São José dos Campos, SP, 1989.....	68
--	----

Tabela 22 - Expectativa do papel do médico em relação ao câncer cérvico-uterino, na opinião das 262 respondentes (dados em porcentagem) . São José dos Campos, SP, 1989.....	69
--	----

Tabela 23 - O que fazer primeiro para evitar o câncer cérvico-uterino, na opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	69
--	----

Tabela 24 - Possibilidade de autodiagnóstico do câncer cérvico-uterino, na ausência de qualquer anormalidade. Opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	70
--	----

Tabela 25 - Medo de vir a ter câncer de útero, alegado pelas 262 entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.....	70
--	----

Tabela 26 - Aceitação e rejeição à um possível diagnóstico positivo de câncer de útero nas 262	
--	--

entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.	71
---	----

Tabela 27 - Barreira ao exame ginecológico sob alega- ção de "ter vergonha". Respostas obtidas nas 262 entrevistas. José dos Campos, SP, 1989.....	71
---	----

Tabela 28 - Terminologia pela qual as respondentes conheciam o Exame de Papanicolaou por ocasião da entrevista. São José dos Campos, SP, 1989.....	72
---	----

Tabela 29 - Distribuição da porcentagem de responden- tes que fizeram ao menos um exame de Papa- nicolaou, conforme a idade. São José dos Campos, SP, 1989.....	72
--	----

Tabela 30 - Porcentagem das respondentes que se lem- braram do número de exames Papanicolaou que fizeram, média aritmética e desvio pa- drão dos exames realizados, conforme a idade da respondente. São José dos Cam- pos, SP, 1989.....	73
--	----

Tabela 31 - Tempo decorrido (aproximado) desde o último exame de Papanicolaou a que as respondentes se submeteram. São José dos Campos, SP, 1989.....	73
Tabela 32 - Número de exames de Papanicolaou a que as entrevistadas se submeteram nos últimos quatro anos. São José dos Campos, SP, 1989.	74
Tabela 33 - Procura espontânea pelo exame de Papanicolaou nos últimos quatro anos, conforme alegação das 245 respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	74
Tabela 34 - Número de exames de Papanicolaou a que as respondentes se submeteram por procura espontânea (vontade própria) nos últimos 4 anos. São José dos Campos, SP, 1989.....	75
Tabela 35 - Número e porcentagem das respostas positivas às alternativas apresentadas como razão para o último exame de Papanicolaou nas 245 mulheres que alegaram já haver se submetido a este exame (mais de uma resposta por respondente). São José dos Cam-	

pos, SP, 1989.....	75
Tabela 36 - Número e porcentagem das respostas positivas às alternativas apresentadas como razão para nunca ter feito exame de Papanicolaou, nas 17 mulheres que alegaram esta condição. São José dos Campos, SP, 1989...	76
Tabela 37 - Opinião das respondentes a respeito do próprio conhecimento sobre o exame de Papanicolaou. São José dos Campos, SP, 1989.	76
Tabela 38 - Pessoas citadas como fornecedoras de informações sobre o exame de Papanicolaou às 253 respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	77
Tabela 39 - Pessoas mencionadas por cada respondente, como fornecedores das informações que formaram seu conhecimento sobre o exame de Papanicolaou. São José dos Campos, SP, 1989.....	78
Tabela 40 - Finalidades do exame de Papanicolaou na opinião de 253* respondentes, conforme as	

três alternativas : evitar o câncer de útero, descobrir o câncer de útero no início e/ou descobrir outras doenças do útero (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989.....	79
---	----

Tabela 41 - Necessidade de se submeter ao exame de Papanicolaou em ausência de sintomas, conforme alegação das 262 entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.....	79
--	----

Tabela 42 - Opinião das respondentes sobre a possibilidade do exame de Papanicolaou falhar na detecção do câncer cérvico-uterino em fase inicial. São José dos Campos, SP, 1989....	80
---	----

Tabela 43 - Opinião das respondentes sobre o significado de um primeiro exame de Papanicolaou positivo em mulheres que se submetem a este exame periodicamente (frequentemente). São José dos Campos, SP, 1989.....	80
---	----

Tabela 44 - Quando cada mulher deve fazer o exame de Papanicolaou, na opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	81
--	----

Tabela 45 - Periodicidade do exame de Papanicolaou na opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	81
Tabela 46 - Opinião das respondentes sobre as conse- quências em não se submeter com frequen- cia ao exame de Papanicolaou. São José dos Campos, SP, 1989.....	82
Tabela 47 - Existência de uma época certa para iniciar os exames de Papanicolaou. Opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	82
Tabela 48 - Opinião das 262 respondentes sobre o iní- cio dos exames de Papanicolaou quanto à primeira relação sexual e à primeira gra- videz (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989.....	83
Tabela 49 - Opinião das respondentes sobre a existên- cia de uma época para parar de fazer os exames de Papanicolaou. São José dos Cam- pos, SP, 1989.....	83

Tabela 50 - Exames necessários para a detecção do câncer cérvico-uterino, conforme a opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	84
Tabela 51 - Confiança no resultado negativo do exame de Papanicolaou alegada pelas 262 entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.	84
Tabela 52 - Opinião das 262 respondentes sobre a presença de sintomatologia em caso de câncer de útero inicial. São José dos Campos, SP, 1989.....	85
Tabela 53 - Opinião das 262 respondentes sobre a ausência de sintomatologia em caso de câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989..	85
Tabela 54 - Opinião das 262 respondentes quando indagadas se fazer periodicamente o exame de Papanicolaou dá trabalho e se este trabalho é compensador (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989.....	86
Tabela 55 - Respostas das 262 entrevistadas quando in-	

dagadas se têm medo de fazer o exame de Papanicolaou e/ou de saber o resultado (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989..... 86

Tabela 56 - Crença no destino manifestada pelas 262 entrevistadas e sua opinião sobre um possível auxílio do médico, quando "o destino da mulher for ter câncer de útero". São José dos Campos, SP, 1989..... 87

Tabela 57 - O destino como causa do câncer de útero, na opinião das 262 entrevistadas, e sua relação com um possível auxílio médico. São José dos Campos, SP, 1989. 87

Tabela 58 - Necessidade do exame de Papanicolaou, mesmo que o câncer de útero seja uma doença sempre fatal na opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989..... 88

Tabela 59 - Opinião das entrevistadas sobre a própria saúde e seus cuidados com a saúde. São José dos Campos, SP, 1989..... 88

Tabela 60 - Conhecimento sobre câncer cérvico-uterino demonstrado pelas respondentes (média de pontos apresentada em VEM - Valor Escalar Médio). São José dos Campos, SP, 1989.....	89
Tabela 61 - Conhecimento sobre o exame de Papanicolaou demonstrado pelas respondentes (média de pontos em VEM - Valor Escalar Médio). São José dos Campos, SP, 1989.....	90
Tabela 62 - Gravidade percebida para o câncer de útero, mensurada nas respondentes (média de pontos expressa em VEM - Valor Escalar Médio). São José dos Campos, SP, 1989.....	91
Tabela 63 - Suscetibilidade percebida para o câncer de útero mensurada nas respondentes (média de pontos em VEM - Valor Escalar Médio). São José dos Campos, SP, 1989.....	92
Tabela 64 - Média de pontos (em VEM - Valor Escalar Médio) obtida nas respondentes para a variável Benefícios menos Barreiras percebidas no exame de Papanicolaou. São José dos Campos, SP, 1989.....	93

Tabela 65 - Média de pontos mensurado nas responden- para o IAP (índice de Ameaça Potencial) em relação ao câncer cérvico-uterino (va- lores em VEM - Valor Escalar Médio). São José dos Campos, SP, 1989.....	94
Tabela 66 - Conduta preventiva para o câncer cérvico- uterino mensurada nas respondentes (média de pontos em VEM - Valor Escalar Médio). São José dos Campos, SP, 1989.....	95
Tabela 67 - Componentes do MCS e sua relação com o grau de conduta preventiva observado. Con- cordância com o grau de gravidade percebi- da no câncer de útero pelas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	96
Tabela 68 - Componentes do MCS e sua relação com o grau de conduta preventiva observada. Con- cordância com o grau de suscetibilidade percebida no câncer de útero pelas respon- dentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	96
Tabela 69 - Componentes do MCS e sua relação com o grau de conduta preventiva observada. Con-	

cordância com o IAP (índice de Ameaça Potencial) mensurado nas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	97
---	----

Tabela 70 - Componentes do MCS e sua relação com o grau de conduta preventiva observado. Concordância com os benefícios (benefícios - barreiras) percebidos no exame de Papanicolaou alegado pelas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	97
---	----

Tabela 71 - Concordância entre o grau de conduta preventiva do câncer de útero e o grau de conhecimento sobre a doença mensurado nas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989	98
--	----

Tabela 72 - Concordância entre o grau de conduta preventiva do câncer de útero e o grau de conhecimento sobre o exame de Papanicolaou mensurado nas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	98
--	----

Tabela 73 - Concordância entre o grau de conhecimento sobre o câncer de útero e o grau de conhecimento sobre o exame de Papanicolaou	
--	--

mensurado nas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.....	99
--	----

Tabela 74 - Grau de conduta preventiva do câncer cérvico-uterino mensurado nas entrevistadas, distribuído conforme o grupo etário. São José dos Campos, SP, 1989.....	100
---	-----

Tabela 75 - Relação medo e suscetibilidade percebida ao câncer cérvico-uterino quando as entrevistadas foram classificadas conforme alegação de medo de vir a desenvolver o câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.....	100
---	-----

Tabela 76 - Relação entre medo e conduta preventiva mensurada para o câncer cérvico-uterino quando as entrevistadas foram classificadas conforme alegação de medo de vir a desenvolver o câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.	101
---	-----

Tabela 77 - Relação medo e conhecimento do câncer cérvico-uterino mensurado, quando as entrevistadas foram classificadas conforme alegação de medo de vir a desenvolver o cân-	
--	--

cer de útero. São José dos Campos, SP,	
1989.....	101

RESUMO

O Modelo de Crenças de Saúde (MCS) na prevenção do câncer cérvico-uterino: estudo em mulheres que frequentam serviços de saúde em São José dos Campos, S. Paulo, (Brasil), em 1989.

Foi desenvolvido um questionário para utilização, na prática, do Modelo de Crenças de Saúde (MCS) usando informações tanto populares como médicas sobre a prevenção do câncer cérvico-uterino. As crenças foram identificadas pelos quatro componentes principais do MCS (percepção da suscetibilidade e da gravidade da doença e de benefícios e de barreiras à ação preventiva), e foram calculadas medidas individuais para cada componente do MCS, a conduta preventiva anterior e os conhecimentos do exame de Papanicolaou e de câncer cérvico-uterino.

O instrumento foi elaborado em cinco etapas e a análise estatística incluiu a descrição de cada questão, associ-

ações entre conduta e cada componente do MCS e entre conduta e conhecimento da doença e do exame de Papanicolaou.

O estudo foi realizado com entrevistas de 300 mulheres numa cidade do interior do Brasil. Os resultados indicaram que os componentes do MCS estavam ligados fracamente à conduta preventiva, mas o componente suscetibilidade evidenciou menor variação e maior relação com a conduta. Apesar do MCS não se apresentar como um forte preditor de conduta, foi confirmado seu uso para explicar a conduta.

Os resultados estatísticos são apresentados de forma descritiva. Algumas crenças e conflitos entre crenças puderam ser facilmente identificados e discutidos. Foram propostas sugestões para programas de educação relativos à prevenção do câncer cérvico-uterino e para uso do MCS na avaliação de mudanças de conduta preventiva da população nos programas educacionais.

ABSTRACT

The Health Belief Model (HBM) in cervical cancer prevention: study in women attending Public Health Services in São José dos Campos, São Paulo (Brasil), 1989.

A questionnaire was developed which allows the translation of the Health Belief Model (HBM) to practice, using both, popular and medical informations in cervical cancer prevention. Belief identification have been limited to the four major dimensions of the HBM (perceptions of susceptibility, seriousness, barriers and benefits), and individual measures were calculated for each HBM dimensions, the retrospective preventive behavior and knowledge of cervical smear and cervical cancer.

Instrument refinement occurred in five stages and the descriptive statistical analysis included each question des-

cription, and relationship between each HBM dimension and preventive behavior, and between knowledge and behavior.

The study was performed by interviews with 300 women in a inside country city in Brazil. The results are indicating that the HBM components were weakly related with the preventive behavior, but susceptibility showed lower variation and were more closer to behavior. In spite that the HBM was not a stronger predictor of preventive behavior, its capacity to explain behaviors was confirmed.

Descriptive statistics was used to present results. Some beliefs and belief conflicts were easily identified and discussed. Sugestions were offered for programing health education in cervical cancer prevention and for use the HBM descriptive data to evaluate education impact in preventive behavior changes in a population.

1 - INTRODUÇÃO

O câncer cérvico-uterino tem sido apontado como o tipo de câncer mais frequente entre mulheres em todos os países em desenvolvimento (LUNT, 1984), mesmo naqueles onde esta doença não aparece entre as primeiras causas de morte. Já, na maioria dos países mais desenvolvidos, a mortalidade por câncer cérvico-uterino tem caído nas últimas décadas e são descritas reduções de 40 a 80% no coeficiente de mortalidade específico (GARDNER & LYON, 1977; DRAPER & COOK, 1983; BOYES, 1985; PETTERSSON et alii, 1985; GRAAF et alii, 1986 e 1988; LEVI et alii, 1989; SIGURDSSON et alii, 1989). Paralelamente, estudos indicam uma redução ainda maior no coeficiente de morbidade do carcinoma invasivo em alguns países, embora com aumento da incidência do carcinoma "in situ" (KING et alii, 1982; STENKVIST et alii, 1984; DAY, 1984 e 1987; BOYES, 1985; PETTERSSON et alii, 1985; DAY & HAKAMA, 1987; SIGURDSSON et alii, 1989).

CRAMER (1974) e GARDNER & LYON (1977) observaram uma correlação positiva entre a curva de mortalidade por este tipo de câncer e a proporção de rastreamento citológico na população. Estudos do tipo caso-controle têm confirmado a hipótese de que o rastreamento pelo exame de Papanicolaou encontra-se fortemente associado ao risco relativo de carcinoma invasivo e de câncer "in situ" (CLARKE, 1979; WANGSUPHACHART

et alii, 1987; OLESEN, 1988; GRAAF et alii, 1988; EARDLEY et alii, 1990).

Mesmo os estudos que propõem uma revisão destas estatísticas (KLEINMAN & KOPSTEIN, 1981; CLARKE e HILDITCH, 1983; MURPHY et alii, 1987; MARCOS & PIMENTA, 1986; SKRABANEK, 1988; e McCORMICK, 1989) concordam com a eficácia do exame em algum nível de prevenção, embora discordem da política, da forma como o exame vem sendo oferecido ou da interpretação das estatísticas (geralmente de forma global). Apesar destas opiniões, o exame de Papanicolaou ainda é conhecido como o melhor meio para prevenção do câncer cérvico-uterino em grandes populações ou, ao menos, para a redução da taxa de mortalidade por esta doença.

A leitura atenta da ampla bibliografia sobre o assunto, leva à observação de alguns fatos significativos:

1) os resultados descritos só são obtidos com exames citopatológicos de alta qualidade (BROCK et alii, 1986; HUSAIN, 1986; CAMPION et alii, 1987; FOX, 1987; DECKERT et alii, 1988; MURPHY, 1988; KOSS, 1989; LUNDBERG, 1989)

2) para uma redução significativa dos índices de mortalidade e morbidade é necessário que haja uma cobertura de mais de 60% da população considerada de risco, pelo prazo mínimo de 10 anos (MANDELBLATT et alii, 1986; JOHNSON et alii, 1987; LAARA et alii, 1987; COHEN & HAMMARSTRAND, 1989; HARAN et alii, 1990)

3) O número de exames realizados em um programa tem menor significado que sua cobertura, e o nível de cobertura

de um programa depende da população a ser examinada (CHARNY et alii, 1978 ; HOWARD, 1987; ELKIND et alii, 1988; BEARDOW et alii, 1989; SMITH et alii, 1989; SCHWARTZ et alii, 1989).

HOWARD (1987), LAARA et alii (1987) e DAY (1989), chamam a atenção para o que foi denominado por eles "rastreamento oportunístico", ou aberto, de livre demanda e, portanto, associado ao grau de interesse da população exposta. O sucesso deste tipo de programa para prevenir a mortalidade "evitável" - nas palavras de HOWARD (1987) - estaria, portanto, ligado a uma variação de atitudes, ideologias e instituições sociais que facilitam ou, até mesmo, induzem a procura dos exames.

As poucas estatísticas brasileiras disponíveis revelam que as neoplasias malignas são a segunda causa de óbito no Brasil (FAERSTEIN, 1985 e CHAVES, 1986). Dentre estas neoplasias, o câncer cérvico-uterino é o câncer mais frequente em mulheres, praticamente em todo o país e atinge, principalmente, mulheres mais jovens (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1982). Este tipo de câncer responde por quase 9% do total de óbitos femininos nas principais capitais brasileiras, com uma taxa média de 6,5 por 100.000 mulheres - o que, em 1978, colocava o Brasil em 5º lugar entre 46 países estudados quanto a esta doença (FAERSTEIN, 1985). Igualmente grave é a morbidade da doença - 23% dos diagnósticos de neoplasias malignas em mulheres foram carcinomas cérvico-uterinos (AQUINO et alii, 1986). Em 1982, os carcinomas diagnosticados indicaram que o estágio invasivo representou o dobro dos casos diagnos-

ticados como "in situ".

Como consequência da alta prevalência na população, da evolução para o óbito ou para a incapacidade (com destaque para a ênfase social dos problemas familiares gerados com estas perdas) e com a possibilidade de significativa redução destes riscos, a exemplo de outros países, o câncer cérvico-uterino caracteriza-se como um problema de saúde pública (BARBOSA et alii, 1986).

Tais mortes e deficiências "evitáveis", estariam ligadas a um amplo programa de rastreamento de massa através do exame de Papanicolaou, como já citado no início deste trabalho. Pelas características da população e dos serviços médicos do Brasil, os programas de prevenção do câncer cérvico-uterino estarão ainda por longo tempo, ligados ao oferecimento de exames para livre demanda ou ao chamado rastreamento oportunístico.

Este tipo de programa enfrenta dois problemas opostos: a repetição de exames, nem sempre necessários, num grupo de mulheres que sempre procuram o serviço, o que pode aumentar o custo; e a falta de cobertura de uma parte da população, muitas vezes a mais necessitada, que não procura os serviços de saúde.

Temos então um quadro onde, a par dos problemas técnicos e financeiros, surge o problema da população - em especial a população de risco - aceitar participar nos programas de saúde, principalmente em programas preventivos onde a par-

ticipação é solicitada a pessoas aparentemente saudáveis.

Quando TANNER et alii (1983) e SHARP et alii (1983) estudaram a procura por médicos e serviços de saúde, identificaram a presença e a interpretação dos sintomas como condicionantes para o uso desses serviços.

Muitos estudos vêm demonstrando que os serviços de saúde são subutilizados por parte da população (ADEMUWAGUM, 1972; VIEIRA, 1985; NATHOO, 1988; SHROFF et alii, 1988; ELKIND et alii, 1988; HARAN et alii, 1990; MAMON et alii, 1990) e alguns autores têm se dedicado a estudar o comportamento em relação à manutenção ou à recuperação da saúde (BECKER & MAIMAN, 1975; LANGLIE, 1977; HARRIS & GUTEN, 1979; RUFFING, 1979, e ELDER, 1987).

MICHIELUTTE et alii (1985), ao traçarem o "perfil da não participante" em rastreamento do câncer cérvico-uterino, citam como um dos itens: "ter menores problemas de saúde de que as demais". Tais observações salientam a necessidade de estudar a participação de pessoas saudáveis nos programas de saúde.

Dos vários modelos propostos para estudar a conduta em saúde, em especial a conduta preventiva, o Modelo de Crenças em Saúde - MCS (ou HBM, do inglês Health Belief Model), proposto por ROSENSTOCK em 1974-A, vem sendo o mais estudado e aceito pelos pesquisadores.

Embora tenha sido concebido com a finalidade de explicar, estudar e mesmo "prever" a conduta preventiva em saúde, o MCS vem sendo usado com sucesso para estudar a partici-

pação de pessoas em diversos tipos de "condutas ligadas à saúde", como os cuidados permanentes em doenças crônicas ou o seguimento adequado de recomendações para a recuperação da saúde.

O modelo postula que a possibilidade de um indivíduo participar de determinada ação de saúde é uma função de certas crenças de saúde que tem (KING, 1984). Em 1974, ROSENSTOCK (1974-B) salientou que, nos esforços para induzir mudanças de comportamento em saúde, é preciso levar em conta as possibilidades de mudar as crenças de saúde relacionadas ao comportamento em questão.

Conforme WEISSFELD et alii (1990), os pesquisadores que trabalham com o MCS argumentam que as escolhas feitas pelas pessoas em consideração às alternativas de ações para a saúde são mediadas por diversos processos psicológicos mensuráveis, os quais geram as crenças de saúde que são classificadas pelo modelo. E SIMON & DAS (1984) já consideravam este modelo como o mais elaborado para medir as relações entre as crenças de saúde e os comportamentos de saúde, chegando a teorizar que a modificação das crenças seria uma necessidade para a modificação dos comportamentos de saúde.

O MCS tenta compor um "sistema individual de crenças" baseado em quatro dimensões a serem estudadas para cada doença: a) gravidade percebida da doença; b) suscetibilidade percebida da doença; c) benefícios percebidos na ação de saúde proposta e d) barreiras percebidas para a obtenção da ação

proposta. Cada uma dessas dimensões é composta por um grupo de crenças particulares a respeito da doença em estudo. Da relação entre essas quatro dimensões poder-se-ia explicar a conduta em relação à doença; e a intervenção neste "sistema particular de crenças" poderia vir a alterar a conduta dos indivíduos.

Tal modelo tem sido utilizado para pesquisar as crenças (dimensões) básicas que o compõe (gravidade, suscetibilidade, benefícios e barreiras) em diferentes populações e relacionadas à várias doenças. A maioria desses trabalhos foram realizados estudando condutas (comportamentos) de saúde em pessoas já portadoras de problemas ou de comportamentos potencialmente nocivos à saúde. Em 1984, JANZ & BECKER apresentaram uma avaliação analisando 46 estudos que já haviam sido realizados com o modelo.

Mais recentemente, há estudos sobre o seguimento adequado de tratamento de câncer (NEWELL et alii, 1986), controle de hipertensão (KING, 1984 ; WEISSFELD et alii, 1990), e na aquisição de atitudes favoráveis à certas condutas, como deixar de fumar (KAUFERT et alii, 1986), adoção por adolescentes de medidas de controle de natalidade (EISEN et alii, 1985), vacinar os filhos (FERREIRA, 1983), prevenção do HIV (PETOSA & WESSINGER, 1990) e auto-exame da mama (CALNAN, 1984 ; CALNAN & RUTTER, 1986 E 1988).

Os trabalhos usando o MCS associado à conduta preventiva são mais raros, e muitos deles relacionados à condutas que beneficiam a saúde em geral (QUAH, 1985 e LANGLIE, 1977).

Mas seu autor, ROSENSTOCK (1974-B), já admitia que o modelo foi formulado, originalmente, para medir comportamentos preventivos de saúde.

Como a concepção do modelo teve origem em teoria comportamental e ambiental para explicar as tendências de conduta dos indivíduos, ela está mais ligada à expectativa cognitiva da pessoa do que à sua perspectiva histórica (relativa a experiências anteriores) (ROSENSTOCK, 1974-A e MAIMAN & BECKER, 1974). Tal pressuposto baseia-se na hipótese Lewiniana (das teorias ambientais de Kurt Lewin) da teoria de tomada de decisão, a qual postula ser o comportamento, basicamente, dependente de duas variáveis: 1- o valor que o indivíduo dá a um recurso ou a uma meta; e, 2- a estimativa desse indivíduo sobre o resultado de uma ação para obter o recurso ou alcançar a meta (MAIMAN & BECKER, 1974).

Em outras palavras, o comportamento ou conduta de saúde seria antecedido por uma atitude favorável a este comportamento, a qual é mediada por crenças de saúde. Postula-se, assim, que existem crenças que estimulam os indivíduos a procurar, ou não (ou a aderir, ou não), uma dada ação relativa à saúde e, ainda, as que levam a evitar a ação em questão (como dor, desconfiança, medo, etc).

A relação entre crenças(s) e conduta tem sido objeto de muitos estudos e geraram diversas teorias. ROCKEACH (1981) postula que a mudança de atitude só ocorre se mais de uma crença for modificada, e a formação de valores para mediar o processo entre a atitude favorável e a conduta escolhida en-

volveria níveis diferenciados de crenças.

Na evolução do modelo (MAIMAN & BECKER; 1974) a relação entre comportamento de saúde e crença relativa à saúde estaria vinculada à "valências" daquilo em que se crê, inclusive o resultado que se pode obter, e à "probabilidade subjetiva" de que a ação de saúde produza o resultado desejado. Este vínculo seria, portanto, bastante pessoal, embora passível de interferências sociais e educacionais, quando tais interferências alterassem as "valências" e oferecessem alternativas capazes de mudar a "probabilidade subjetiva".

Como existem controvérsias sobre o papel das crenças particulares na composição de cada dimensão básica (crença) do modelo, alguns pesquisadores, entre eles QUAH (1985), WEISSFELD et alii (1990) e LUDWIG et alii (1990), vem propondo uma descrição mais pormenorizada de cada crença em particular, e sua relação com o "sistema" individual de crenças, com a conduta de saúde e com o contexto social. Para estes pesquisadores, conhecer o papel de cada crença particular na conduta pode ser importante na metodologia utilizada pelo pessoal de saúde para conseguir a colaboração do indivíduo em várias ações de saúde consideradas, pelos profissionais, como positivas.

Por ser a crença um componente espontâneo e individualizado do ser humano, com possibilidade teórica de ser modificado por ações educativas, e por estar intimamente ligada à conduta das pessoas, parece oportuno estudar o "sistema" de crenças relacionado ao câncer cérvico-uterino e sua prevenção

pelo exame de Papanicolaou.

Os dados e observações sobre o câncer cérvico-uterino já citados deixam claro a necessidade de prevenir a evolução desta doença, e o meio mais divulgado e com resultados confiáveis é o rastreamento com o exame de Papanicolaou.

A riqueza de detalhes que se pode obter num estudo com modelos como o MCS, é sempre um precioso auxiliar no sistema educacional a ser implantado para que programas deste tipo dêem melhores resultados(PASKETT et alii, 1990).

2 - OBJETO E JUSTIFICATIVAS

2.1 - OBJETO

Esta pesquisa tem por objeto o estudo do Modelo de Crenças de Saúde (MCS) na prevenção do câncer cérvico-uterino pelo exame de Papanicolaou.

2.2 - JUSTIFICATIVAS

Justificam o presente trabalho:

2.2.1 - O fato do MCS ser o modelo mais usado para explicar crenças de saúde e sua relação com a conduta de saúde;

2.2.2 - A ausência de trabalhos com o MCS em relação à conduta preventiva do câncer cérvico-uterino;

2.2.3 - O inexpressivo número de trabalhos sobre crenças de saúde no Brasil, em especial com o MCS, inclusive para comparação com estudos realizados em outros países;

2.2.4 - A detecção de crenças favoráveis e/ou desfavoráveis à ação pretendida (exame de Papanicolaou) para sua utilização em programas educativos;

2.2.5 - A verificação do uso do MCS como possível preditor de conduta preventiva em saúde.

3 - OBJETIVOS

a) Estudar a relação entre crenças (medidas pelo MCS) e conduta preventiva em relação ao câncer cérvico-uterino.

b) Verificar algumas variáveis que se relacionam com o MCS e com a conduta preventiva do câncer cérvico-uterino.

c) Estudar algumas crenças particulares e sua relação com a conduta preventiva do câncer cérvico-uterino.

d) Identificar crenças que possam ser úteis em programas educativos sobre câncer cérvico-uterino.

4 - DELINEAMENTO DO ESTUDO

O Modelo de Crenças de Saúde (MCS) conforme ROSENSTOCK (1974-A), foi ajustado ao objeto do presente trabalho: a conduta preventiva no câncer cérvico-uterino, e montou-se o modelo estrutural apresentado na Figura 1.

Um estudo exploratório foi realizado com população semelhante à que se pretendia amostrar, com a finalidade de centralização do problema e exequibilidade do estudo, pois não é possível estudar crenças sobre um assunto desconhecido pela população.

A partir dos resultados desta exploração montou-se o instrumento de medida contendo as quatro dimensões, ou componentes, do modelo (gravidade percebida, suscetibilidade percebida, benefícios e barreiras percebidos), a ação preventiva requerida (exame de Papanicolaou como rotina e por livre procura) e outros prováveis condicionantes da ação preventiva, tanto pessoais (idade, atividade sexual, escolaridade, etc) como adquiridos (conhecimento sobre a doença, fatores de risco e métodos de prevenção).

Numa terceira etapa, as diversas questões, classificadas conforme o que deveriam medir, foram quantificadas e ponderadas.

Um sumário foi feito para cada questionário, facilitando a quantificação e os cálculos individuais.

As medidas obtidas foram padronizadas, ordenadas e tabuladas, dividindo cada variável em estudo em três partes iguais, mantendo como referência a própria distribuição (graus: alto, médio e baixo). Apenas a variável "conduta preventiva" foi dividida em graus por critério técnico.

O tratamento estatístico utilizado foi a análise descritiva. Foram montadas tabelas para cada item do questionário (crença específica) e as observações mais importantes foram apresentadas e comentadas. As relações pretendidas entre variáveis foram obtidas de tabelas de dupla entrada, pela comparação das proporções de pares concordantes em grau.

Figura 1 - Adaptação do conceito estrutural do MCS conforme Rosenstock (1974-A) à conduta preventiva do câncer cervico-uterino, medida pela participação em programas de rastreamento.

5 - CONCEITOS UTILIZADOS E CONSIDERAÇÕES NECESSÁRIAS

5.1 - CONCEITOS UTILIZADOS

5.1.1 - CRENÇA:

Definição conceitual: Percepção consciente ou inconsciente das dimensões de um problema no contexto psicossocial em que o indivíduo vive (BEM, 1973). Aquilo que o indivíduo sente (percebe) como certo para si próprio, incluindo superstições, tabus e percepção de aprendizagem. Na realidade, cada indivíduo organiza suas crenças num "sistema de crenças" próprio, com valores e valências pessoais.

5.1.2 - SUSCETIBILIDADE PERCEBIDA:

Definição conceitual: Risco subjetivo percebido pelo indivíduo de vir a contrair uma dada condição (JANZ & BECKER, 1984).

Definição operacional: média dos pontos (expressos em valores escalares) obtidos nas questões elaboradas para medir esta suscetibilidade, calculada conforme item 6.3.2.2.

5.1.3 - GRAVIDADE PERCEBIDA:

Definição conceitual: Grau de comprometimento físico e emocional que o indivíduo acredita que uma determinada condição de doença lhe trará. Esta dimensão do MCS

inclui as consequências da doença e do tratamento (dor, invalidez, morte, etc) e possíveis consequências sócio-emocionais (família, trabalho, etc) (JANZ & BECKER, 1984).

Definição operacional: média dos pontos (expressos em valores escalares) obtidos nas questões elaboradas para medir este tipo de gravidade, calculada conforme item 6.3.2.2.

5.1.4 - BENEFÍCIOS PERCEBIDOS:

Definição conceitual: "Ajuste individual" da expectativa na aceitação de determinadas medidas consideradas eficazes e praticáveis numa dada condição (JANZ & BECKER, 1984) - no caso, para evitar uma doença.

Definição operacional: média dos pontos (expressos em valores escalares) obtidos nas questões elaboradas para medir esta dimensão, calculada conforme item 6.3.2.2.

5.1.5 - BARREIRAS PERCEBIDAS:

Definição conceitual: aspectos potencialmente negativos de uma ação recomendada, os quais agem como impedimento para a ação. As ações podem ser rejeitadas porque são caras, perigosas, inconvenientes ou desagradáveis para o indivíduo (JANZ & BECKER, 1984).

Conceito operacional: média dos pontos (expressos em valores escalares) obtidos nas questões elaboradas para medir esta dimensão, calculada conforme

item 6.3.2.2.

5.1.6 - CONDUTA PREVENTIVA:

Definição conceitual: Conjunto de ações efetivamente tomadas pelo indivíduo em ausência de sintomas para evitar uma dada condição ou doença, e as atitudes mencionadas por ele referentes à essas ações (ROSENSTOCK, 1974-B).

Definição operacional: média dos pontos (expressos em valores escalares) obtidos nas questões elaboradas para medir conduta preventiva na prevenção do câncer cérvico-uterino, pela frequência e espontaneidade do uso do exame de Papanicolaou. Os cálculos foram feitos conforme item 6.3.2.2.

5.1.7 - O TERMO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

Durante a fase de estudos de campo que antecedeu a coleta de dados, os termos "câncer cérvico-uterino" e "câncer de colo de útero" revelaram-se pouco conhecidos pela população. Mas a maioria das pessoas conhecia o termo "câncer de útero". Embora os termos não sejam equivalentes, pois o último é mais abrangente, este foi o termo utilizado nas perguntas do questionário, para evitar que mulheres que podiam ser entrevistadas fossem eliminadas do estudo por desconhecimento de terminologia mais técnica.

5.2 - CONSIDERAÇÕES NECESSÁRIAS

5.2.1 - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS EM 1988

Os dados que serão apresentados foram publicados pela revista EXAME PAULISTA, 1(3), 1990, Suplemento de EXAME nº469, 1990. São algumas informações para que se possa entender o contexto encontrado por ocasião da coleta de dados.

A cidade manteve-se como estância climática, e uma população de cerca de 30 a 40 mil habitantes até a década de 60, quando iniciou um crescimento tecnológico e industrial dobrando a população a cada 10 anos. Na época do estudo, a população estava estimada em 550 mil habitantes, com 64 mil empregados em indústrias de grande porte. A migração ocorrida nestes anos gerou uma mistura de culturas, e características pouco comuns quando comparadas às médias do país.

Apesar de 9% da população da cidade ter graduação de nível superior (sendo 2% a média nacional), o índice de analfabetismo não era muito inferior ao do resto do Brasil. A renda média era superior à média nacional, e a classe média predominante. Cerca de 95% da população residia em zona urbana.

Com tais características, a rede de serviços de saúde oferecida pelo município pôde expandir-se e adotar filosofia educativa e preventiva. Em 1988, havia 30 postos de atendimento ambulatorial com programas preventivos e educativos, e a mortalidade infantil, apesar das diferenças culturais, era de 27,8/1000 nascidos vivos (média brasileira 63/1000).

5.2.2 - SITUAÇÃO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO ENCONTRADO NA ÉPOCA DA COLETA DOS DADOS.

Em 1987, a Secretaria Municipal de Saúde destinou recursos para iniciar um programa preventivo de câncer cérvico-uterino.

A citologia esfoliativa por esfregaço de Papanicolaou foi escolhida e foi treinado pessoal para garantir a qualidade do exame.

Além do treino na parte laboratorial, foi treinado pessoal auxiliar para coleta do esfregaço em todos os postos de saúde municipais (UBS's - Unidade Básica de Saúde), e desencadeada uma campanha informativa e educativa para mulheres em geral, sem limite de idade. O programa foi desenvolvido por cartazes e, principalmente, oferta e incentivo ao exame às usuárias da rede de saúde. Todos os funcionários foram instruídos para incentivar e informar as usuárias.

Na época do programa, o tratamento dos casos diagnosticados não se constituiria em problema pelo número de convênios de saúde privados existentes.

Ao iniciar a coleta dos dados a situação encontrada, e desconhecida da pesquisadora, foi uma população que já havia passado por uma fase inicial de informações e oferecimento do exame.

Estas informações se fazem necessárias para explicar alguns dos resultados, bem como algumas das colocações no decorrer do trabalho.

5.2.3 - DEMARCAÇÕES

1 - Dimensões do MCS

Os quatro componentes do MCS utilizados foram calculados considerando-se Benefícios e Barreiras como uma única dimensão (Benefícios menos Barreiras) pelas características já citadas: população urbana, rede básica de acesso relativamente fácil e exames gratuitos na fase anterior à coleta de dados deste trabalho. Com tais características, as barreiras percebidas seriam mais de ordem emocional e cultural, e muito sujeitas a "bias".

2 - Validade preventiva do rastreamento em massa.

Aceita-se este pressuposto por ser recomendado pela OMS, e pelos abundantes resultados positivos existentes na literatura que atestam sua eficácia, conforme exposto na Introdução (item 1).

3 - Intervalo entre os exames de Papanicolaou

Sendo o problema polêmico (HUTCHINSON, 1985), optou-se pela periodicidade em exames anuais, já que se pretendia fazer um trabalho prévio a um programa de rastreamento (CHAVES, 1986). Este é também o procedimento recomendado no Brasil por maior número de médicos e, principalmente, foi o preconizado no programa implantado pela Prefeitura do local onde foi realizado o trabalho (item 5.2.2)

4 - Abordagem pela história natural da doença

O controle do câncer cérvico-uterino foi abordado dentro de uma compreensão abrangente de sua história natural, contemplando ações de prevenção, detecção de lesões precursoras, detecção precoce do carcinoma "in situ", tratamento e reabilitação dos casos mais avançados (CHAVES, 1985; LUTHRA et alii, 1987).

6 - METODOLOGIA

6.1 - Escolha da população a ser estudada

Ao planejar-se o presente trabalho foi decidido o estudo do MCS em mulheres que frequentam os serviços de saúde no Município de São José dos Campos. Tal fato não foi meramente uma questão de facilidade, segurança e acesso à população, mas atende a uma recomendação do SEMINÁRIO SOBRE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA (1985), que, num de seus itens, diz textualmente: "O aumento da cobertura é de importância fundamental. O primeiro passo é conseguir atingir a expressiva clientela de mulheres que já frequentam os serviços de saúde pelos mais variados motivos". A restrição ao Serviço Público foi uma forma de padronizar as informações culturais das usuárias, submetidas ao mesmo sistema informativo e, também, uma forma de colaboração com a parte educativa de um programa de rastreamento, já que os dados coletados serão encaminhados ao Serviço onde foram obtidos, para subsídio a futuros programas educacionais de prevenção de câncer cérvico-uterino.

6.2 - Pesquisa Exploratória

Quando se pretende iniciar uma pesquisa sobre atitudes, crenças ou comportamentos de quaisquer grupos sociais, o primeiro problema está ligado muito especialmente ao controle

da subjetividade do pesquisador. Para conhecer o que direciona os outros é preciso controlar o que nos direciona. HANSEN & RESICK (1990) ressaltam que "as crenças de saúde e os valores culturais originam as atitudes etnocêntricas ("o meu jeito é que está certo") que trabalham nos dois sentidos (procurar ou negar cuidados de saúde), mas geralmente em detrimento dos cuidados de saúde". Ao terminar a frase, os autores já anteciparam a continuação de seu pensamento, quando citam o "etnocentrismo" da população e dos profissionais de saúde. Geralmente surge o relativismo cultural que pode distorcer a percepção da realidade. As crenças de saúde são o resultado de múltiplas forças, muitas ligadas à vivência e à percepção que se tem dos problemas.

A participação que se pretende do indivíduo depende da visão que ele tem do mundo, e parte desta visão depende do ambiente em que vive, das pessoas com quem convive, dos papéis que a sociedade lhe impõe. Esta visão pode significar sua não participação na ação de saúde (BECKER & MAIMAN, 1975). A alienação estudada em alguns grupos sociais (como sentimentos de marginalidade, desesperança e impotência) pode levar a níveis muito baixos de participação. Quando o indivíduo sente sua capacidade de decisão derivada do grupo social ou do comportamento social do grupo a que julga ou necessita pertencer, identifica-se com ele e seus sentimentos, assumindo cada vez menor responsabilidade por seu próprio destino (BULLOUGH, 1972).

Para entender a realidade que se pretende conhecer, corrigindo os efeitos distorcivos do pesquisador (seu "bias" cultural, principalmente o profissional) e obter as dimensões e conteúdos naturais do que se pretende estudar, seria necessário um longo estudo, com auxílio de uma equipe multiprofissional, a não ser que se dispusesse de um instrumento de trabalho capaz de obter a resposta de acordo com a realidade - o que esbarra na dificuldade do descobrimento da realidade. Esta realidade, com parte de seu conteúdo etnocêntrico, pode ser estudada quando delimitada a um assunto, por meio do que se chama de pesquisa exploratória (PIOVESAN, 1985)*.

Este tipo de "sondagem" desenvolve-se geralmente em quatro ou cinco etapas, ao final das quais deve-se obter um instrumento de pesquisa coerente com o referencial da população em estudo e elaborado numa linguagem derivada da própria população, com adequação da terminologia científica indispensável ao trabalho.

A pesquisa exploratória tem sido usada com sucesso em alguns trabalhos onde foram descritas com riqueza de detalhes sobre o controle de subjetividade que provocaram (BRITO, 1985 e ADORNO, 1985) e sobre a diferença entre a realidade encontrada e a imaginada pelo pesquisador.

No figura 2, foi elaborado um delineamento da pesquisa exploratória utilizada, orientada por PIOVESAN (1985)*.

Como citado, a pesquisa exploratória foi desenvolvi-

da em cinco etapas. Em cada uma delas foram feitas de 15 a 20 entrevistas individuais (com exceção da última - já um pré-teste do instrumento - que foi realizada com 32 mulheres). As etapas são descritas a seguir.

6.2.1 - 1ª etapa - Entrevistas abertas, apenas com um roteiro.

Nesta etapa, o primeiro contato do pesquisador com a realidade, procurou-se ouvir muito e falar pouco. Após um "rapport", para facilitar a padronização da abordagem, e onde solicitou-se a cooperação da entrevistada, visa-se primeiro colher opiniões sobre o assunto em estudo. Verifica-se o conhecimento que as pessoas tem do assunto através de sua própria linguagem.

Chama-se também de entrevista em profundidade, pois o diálogo procura sempre aprofundar as respostas (como? porque a sra. acha que é assim?, etc).

O roteiro básico é simples: perguntas curtas para respostas longas. "A senhora já ouviu falar em câncer de útero?"; "O que causa essa doença?"; "Sabe se ela tem tratamento?"; "Acha que pode ser evitada (ou prevenida)?"; "Conhece algum remédio?".

Após a primeira resposta a cada pergunta, segue-se o "bate papo", o aprofundamento. Não é raro a entrevistada pedir opiniões ou informações, e então é preciso evitar a resposta ou ser sincera e responder que só é possível informar ao fim da entrevista. Também frequentes são as descrições de

experiências pessoais. Nesta etapa, o uso de um gravador é muito útil. Após a entrevista, certas palavras, opiniões, preconceitos que passaram despercebidos ao pesquisador podem ser revistos. Não é raro que um detalhe só chame a atenção após a quinta ou sexta entrevista. O aprofundamento será feito nas entrevistas seguintes mas seu registro gravado nas entrevistas anteriores mostrará posteriormente o seu valor.

Após cada dia de trabalho as entrevistas foram transcritas e estudadas, para um prosseguimento mais adequado. As entrevistas foram feitas em locais semelhantes com diferentes pessoas, evitando-se permanecer muitos dias no mesmo local, já que as pessoas costumam comentar e discutir o assunto entre si.

Quando se obteve uma uniformidade nas respostas, mesmo após aprofundamento, considerou-se a etapa encerrada.

As entrevistas transcritas foram estudadas, as informações catalogadas, as opiniões acatadas, desde que compreendidas nos limites do objeto pesquisado.

6.2.2 - 2ª etapa: Entrevistas abertas, com maior número de perguntas.

Nesta fase procurou-se aumentar o universo do que foi pesquisado. Foram abordados os mesmos assuntos, mas com maior número de perguntas, procurando o consenso, ou não, das opiniões e conhecimentos. As respostas mais frequentes e as menos frequentes da fase anterior foram perguntadas já na terminologia que a pesquisadora aprendeu.

Figura 2 - Delineamento (modelo estrutural) da pesquisa exploratória.

Também nesta etapa, o uso do gravador foi muito útil. Alguns aspectos técnicos, de interesse no estudo, foram aqui incluídos quando estiveram omissos na primeira etapa. Estas entrevistas mais direccionadas, com perguntas mais específicas, devem ser feitas sem intervenção do referencial do entrevistador.

Também nesta etapa, a obtenção de respostas muito semelhantes significou que a pesquisadora passava a conhecer melhor o referencial cultural das entrevistadas ou, pelo menos, uma boa parte desse referencial. Estas observações foram anotadas para uso na etapa seguinte.

Como na fase anterior, foram eliminadas as respostas não pertinentes ou de pouca relevância. Foram seleccionadas as perguntas que deveriam continuar no estudo - tanto as relacionadas para estudo como aquelas fornecidas pela população.

6.2.3 - 3ª etapa: Entrevista escrita, com respostas abertas.

Das fases anteriores foi elaborado um questionário - mas as respostas permaneceram abertas. Dessa forma, as entrevistadas puderam incluir novas informações. As entrevistadas passaram a ser questionadas como numa escala: muito, pouco, sempre.

Obteve-se um novo tipo de informação: quantitativa.

A partir das respostas obtidas, foi iniciado o trabalho de confecção do instrumento. As questões foram revistas e elaboradas de conformidade com critério técnico. A redação de

muitas questões foi refeita, para evitar má compreensão. O formulário foi estruturado procurando a sequência normal de uma entrevista, devendo fluir com naturalidade - mesmo sendo um questionário deveria parecer uma "conversa".

As questões, em sua maioria foram "fechadas", ou seja, foi dado um leque de opções para respostas. Algumas questões permaneceram abertas, para adequação na etapa posterior.

6.2.4 - 4ª etapa: Entrevista com questionário e opções para respostas.

Nesta etapa verificou-se, fundamentalmente, a compreensão das questões e a fluência da entrevista. Além das respostas, foram feitas anotações sobre estes problemas. Como as perguntas tornaram-se mais direcionadas, todas as opções de respostas foram lidas, para evitar o cômodo "mais ou menos". A categorização das questões muito dispersas, possivelmente não escaparam do "bias" da pesquisadora, mas procurou-se, pelo menos, a linguagem e o tratamento dessas questões coerentes com o que se obteve nas entrevistas.

Da apuração desta etapa resultou uma nova revisão e nova estruturação do questionário. Algumas questões foram reescritas, outras melhoradas, muitas categorizações foram alteradas.

As questões foram catalogadas (conforme as variáveis em estudo e as dimensões do modelo). Como o critério usado foi mútua exclusividade, cada questão foi usada para o corpo de uma única medida. Foram equilibradas as medidas. Mesmo as

questões que poderiam ser suprimidas por baixa ou alta frequência foram mantidas (para estatística posterior).

6.2.5 - 5ª etapa: Pré-testagem do instrumento.

O instrumento foi aplicado em 20 entrevistadas.

Da apuração dos resultados resultou a supressão de algumas questões (frequência 100% ou 0%). Foram mantidas apenas as questões com tais frequências se fossem relevantes ao estudo.

Uma das questões foi mantida porque facilitava a fluência da entrevista. O instrumento já calibrado, foi ponderado e reestudado.

Posteriormente foi aplicado em mais 12 mulheres com resultados satisfatórios.

6.2.6 - Considerações.

Esta pesquisa exploratória, da qual resultou um instrumento de medida "etnocentricamente adequado", procurou oferecer uma maior segurança na mensuração, pois pode captar as variações dentro do referencial sócio-cultural da população, uma vez que o referencial técnico-profissional pode distanciar-se da realidade que se quer pesquisar. É um "aprender a perguntar", pois a forma de perguntar pode levar a resultados bastante diversos (HAUGEJORDEN & NIELSEN, 1987). Este método leva o pesquisador a ter mais confiança no seu trabalho, entre outras vantagens.

6.3 - O instrumento de trabalho (questionário), medidas e resumos.

6.3.1 - Instrumento

O instrumento elaborado para mensurar as dimensões do MCS, conduta preventiva, conhecimento, etc, constou de 83 questões, muitas com subitens, que corresponderam a 104 respostas diretas e 14 obtidas por associações entre respostas, totalizando 118 respostas por questionário (se forem incluídas as não aplicadas, pois nem todas as entrevistadas responderam a todas as perguntas) (ANEXO 2).

A estrutura do instrumento ficou desdobrada da seguinte forma:

- conhecimento de termos: quatro questões
- gravidade: sete questões (14 respostas)
- suscetibilidade: oito questões
- benefícios menos barreiras: 18 questões (19 respostas)
- conduta preventiva: oito questões (15 respostas)
- conhecimento sobre câncer de útero: quatro questões (16 respostas)
- conhecimento sobre exame de Papanicolaou: nove questões (11 respostas)
- outras variáveis independentes: 11 questões (17 respostas).

As outras variáveis independentes pesquisadas foram: idade, iniciação sexual, idade de iniciação sexual, procedên-

cia, escolaridade, atividade sexual, opiniões sobre a própria saúde.

Além das 118 respostas diretas, foram obtidos os valores de cada dimensão (componente) do MCS, o IAP (índice de Ameaça Potencial ou índice de Alerta para a Ação, conforme PIOVESAN, 1985)*, a conduta preventiva, e os conhecimentos, de câncer cérvico-uterino e do exame de Papanicolaou, que perfazem mais sete dados calculados em cada questionário a partir das respostas obtidas.

6.3.2 - Medidas e resumos

6.3.2.1- Mensuração

Após a categorização do instrumento, cada resposta provável (categoria) foi quantificada de acordo com o seu significado naquilo que pretendia mensurar. Os valores atribuídos a cada questão variaram entre menos dois e mais dois, com intervalos de 0,5, sendo o zero atribuído à não opinião ou similar. O bloco de questões referentes a cada medida foi cuidadosamente estudado e uma outra dimensão de mensuração foi considerada: a provável importância da questão para a participação da entrevistada na decisão de assumir a medida preventiva. Portanto, cada questão teve ainda um peso diferente (de um a quatro) dentro do bloco a que pertencia. Assim as questões foram quantificadas e ponderadas. As médias obti-

PIOVESAN, A.: Apontamentos de aula, FSP-USP, 1985.

das para cada medida foram médias ponderadas.

Para facilitar o trabalho, foi feito um "codificador", com as quantificações e ponderações de cada resposta possível (ANEXO 4).

As respostas obtidas em cada entrevista foram transcritas para uma folha resumo (ANEXO 3), onde puderam ainda ser feitos os cálculos relativos a cada mensuração, que consistiram em soma dos pontos, cálculo das médias ponderadas e padronização em VEM (item 6.3.2.2).

6.3.2.2- Padronização das Medidas.Valor Escalar Médio (VEM)

O total de pontos possíveis em cada bloco de medidas não foi o mesmo, já que o número de questões, as quantificações e as ponderações foram estipuladas conforme sua relevância para o que deveria medir. As médias obtidas para cada respondente em cada bloco apresentaram valores pequenos, muitas vezes negativos e não comparáveis entre si. Tais médias foram, então, transformadas em VEM -Valor Escalar Médio- para permitir melhor visualização dos resultados e facilidades de comparação.

Para transformar os valores em VEM, dois questionários foram respondidos com o auxílio do Anexo 4, sendo um com as respostas de valores mais baixos e, o outro, com as respostas de valores mais altos. As médias obtidas para cada bloco nestes dois questionários, correspondiam aos valores mais baixos e mais altos possíveis de serem obtidos na prática, e servi-

ram como referência para os pontos Zero e 100 da Escala VEM. Cada média de cada questionário foi então padronizada, com o uso de uma regra de três e todos os valores ficaram dentro de uma mesma escala. Com este artifício (PIOVESAN, 1985)* todas as mensurações tornaram-se comparáveis.

6.4 - Coleta de Dados

A coleta dos dados foi efetuada nos meses de janeiro, fevereiro e março de 1989. Foram selecionadas cinco Unidades Básicas de Saúde (Postos) Municipais, entre os que apresentavam boa frequência, e já estivessem instalados há mais de um ano. Foram evitados os locais utilizados na pesquisa exploratória. Procurou-se ficar poucos dias em cada local, pois interessava um mínimo de troca de idéias entre as entrevistadas. As entrevistas, que levavam cerca de 30 a 45 minutos, foram realizadas em local afastado das demais pessoas (as vezes em local privado), após a auto-apresentação da pesquisadora e anuência da entrevistada.

Quando se depende do sujeito para as respostas, torna-se impossível a aleatorização completa da amostra. Mas procurou-se entrevistar todas as mulheres com vontade e tempo, o que limita bastante o universo. As entrevistadas foram abordadas em ambulatórios de pediatria, clínica geral, obstetrícia, odontologia, tendo sido evitados os ambulatórios de ginecologia. Nos locais muito frequentados, as mulheres foram

PIOVESAN, A.: Apontamentos de aula, FSP-USP, 1985.

procuradas antes do expediente, enquanto aguardavam o agendamento. A maioria das entrevistas foi realizada com mulheres que aguardavam atendimento ou eram acompanhantes de outras pessoas.

As questões foram perguntadas como estavam redigidas, com todas as opções para resposta. As respostas eram imediatamente registradas no questionário.

O número de entrevistas realizadas foi 300. O tipo de amostragem foi não probabilística proposital.

6.5 - Tratamento dos dados

6.5.1 - Cálculo das medidas

As respostas obtidas foram transcritas para a folha resumo, onde foram calculadas as médias de pontos e o VEM (Valor Escalar Médio, conforme 6.3.2.2) de cada medida elaborada: suscetibilidade percebida (S), gravidade percebida (G), benefícios menos barreiras percebidas (B), conhecimento sobre câncer cérvico-uterino (cc) e conhecimento sobre exame de Papanicolaou (cp).

Desses valores, foi calculado o índice de Ameaça Potencial, IAP, (MAIMAN & BECKER, 1974) pela semi-soma da suscetibilidade percebida (S) e gravidade percebida (G). Portanto:

$$IAP = \frac{G + S}{2}$$

6.5.2 - Análise Descritiva

Os dados obtidos pertencem a duas classes de variáveis: qualitativas (respostas aos quesitos tipo sim, não, muito, não sei, etc) e quantitativas (respostas em números: quantidade de exames, tempo, idade, e, de certa forma, os valores expressos em VEM).

Em primeiro lugar, foram tabulados os dados referentes às características da amostra.

Cada questão (ou item de questão) foi tabulada separadamente numa análise descritiva, e cada tabela formada (originalmente 118 respostas mais valores calculados, que perfazem 124 tabelas) foi analisada com cálculo de proporções ou valores descritivos centrais e de variação, conforme a natureza da variável (SPIEGEL, 1983 e LEVIN, 1985).

Os resultados das análises descritivas foram apresentados no capítulo 7.

6.5.3 - Relações entre variáveis

As relações entre as variáveis foram estudadas da seguinte forma:

6.5.3.1 - Transformação de números em escalas

A relação entre variáveis deve ser estudada conforme a natureza das mesmas. As quantidades obtidas em VEM (item 6.3.2.2) foram obtidas da padronização das médias dos pontos atribuídos a cada resposta. Originalmente, no entanto, cada resposta teve natureza qualitativa: conhecer o exame, ter medo, concordar com afirmações, entre outras; os pontos atribuídos foram um artifício para medir o possível peso da resposta no efeito desejado (no caso a conduta preventiva ou outra das variáveis estudadas). Considerou-se, portanto, que

as quantidades VEM, resultantes de variáveis qualitativas, deveriam manter a sua natureza.

As distribuições VEM foram novamente categorizadas, transformando-se em variáveis ordinais, considerando-se o grau de comprometimento de cada respondente numa escala com três níveis: baixo, médio e alto.

Do descrito no item 6.2, através de pesquisa exploratória obteve-se uma mensuração variando dentro do referencial sócio-cultural da população. Este referencial pode mudar bastante, e este tem sido um dos maiores problemas com o estudo do MCS (SIMON & DAS, 1984; QUAH, 1985; PETOSA & WESSINGER, 1989-90; HANSEN & RESICK, 1990).

Para diminuir estas influências, respeitando o referencial da população, as variáveis já obtidas e tabuladas foram categorizadas com a divisão da distribuição em três partes iguais. Para cada distribuição foram calculados os quantis T_1 e T_2 , referentes ao valor da variável correspondente às posições $n/3$ e $2n/3$, respectivamente, formando os três graus da escala. Neste estudo, os valores utilizados foram calculados pelo método discreto. Desta forma, obteve-se, aproximadamente o mesmo número de participantes em cada grau. Esta regra só foi alterada para os graus de conduta preventiva, os quais foram estipulados por critérios técnicos.

Para conduta preventiva foram considerados:

Grau baixo: 70 pontos ou menos, o que inclui mulheres que não fizeram exame de Papanicolaou nos últimos 3 anos e quando o fizeram foi por problemas ginecológicos, bem como

as que nunca fizeram exame por desconhecer a necessidade de fazê-lo ou porque não quiseram.

Grau médio: 70 a 81 pontos, mulheres que fizeram vários exames (conforme a idade), sendo pelo menos dois nos últimos quatro anos, sendo estes exames, mesmo sem procura espontânea, feitos em ausência de sintomas, por indicação médica de caráter preventivo, em exame ginecológico de rotina.

Grau alto: mais de 81 pontos - mulheres que fizeram pelo menos três exames nos últimos quatro anos, todos por procura espontânea.

6.5.3.2 - O estudo das relações

Foram montadas tabelas de dupla entrada relacionando dimensão do modelo com grau de conduta preventiva apresentada, usando para isso a categorização por grau (baixo, médio e alto). Também foi relacionado o grau de conhecimento de câncer cérvico-uterino com o grau de conhecimento do exame de Papanicolaou e o grau de conduta preventiva com o grau de conhecimento da doença e da prevenção.

As porcentagens de entrevistadas com o mesmo grau de conduta preventiva e da dimensão do modelo em estudo, foram calculadas em cada tabela, bem como a porcentagem da soma diagonal sobre o total (porcentagem total de concordantes em grau). Este mesmo raciocínio foi usado para as relações entre conduta e conhecimento(s) e entre o conhecimento do exame e da doença .

Outras comparações entre proporções foram descritas, como as relações: idade/conduta, medo/conduta, medo/suscetibilidade e algumas opiniões com componentes de fatalismo e prognóstico ou tratamento, para enfatizar alguns detalhes de interpretação. A crença particular medo foi estudada com maiores detalhes por estar relacionada com teorias de educação coletiva.

7 - RESULTADOS

Os resultados estão apresentados nas tabelas que encerram este capítulo. As seis primeiras descrevem a amostra, e as seguintes (de nºs sete a 59) apresentam os resultados conforme a sequência da entrevista, permitindo ao leitor verificar como foi dirigido o assunto enfocado. As demais, Tabelas 60 a 77, foram montadas para comparações.

7.1 - Descrição da Amostra

A amostra, selecionada conforme itens 6.1 e 6.4, com 300 entrevistadas, apresentou as características expressas nas Tabelas de 1 a 6. Das 300 mulheres, três (1,0%) alegaram nunca terem ouvido falar em câncer de útero e cinco (1,7%) alegaram não terem ouvido falar em prevenção de câncer de útero. Estas oito mulheres, cujas idades variaram de 17 a 58 anos, apresentaram também outras características, não muito diferentes das demais: duas delas alegaram nunca terem tido relação sexual, e uma delas nunca frequentou escola, enquanto as demais frequentaram até alguma série do 1º grau (Tabelas 1, 3 e 4).

A amostra, agora com 292 mulheres que ouviram falar em câncer de útero e sua prevenção (portanto com possibilidade de apresentar conduta preventiva consciente), incluiu 30 mulheres que alegaram não ter experiência sexual (10,3%), cuja idade estava entre 16 e 30 anos, e 262 mulheres (89,7%)

que alegaram experiência sexual, na faixa etária entre 16 e 62 anos (Tabela 3). Dessas mulheres, 75% alegaram ter mantido relações sexuais nos últimos 30 dias, e as restantes, nos últimos 2 anos (conforme Questão 58 do questionário).

Das 300 entrevistadas, 70,7% nasceram no Estado de São Paulo e 29,3% em outros Estados (Tabela 2), sendo quase a metade natural do Sul de Minas Gerais, região vizinha à cidade. A escolaridade variou bastante (Tabela 4), desde as que não frequentaram escola (mas todas alfabetizadas) num total de 7,0%, até as com 3º grau completo (3,3% ou 10 mulheres).

A maioria (mais de 80%) interrompeu os estudos em algum ponto do 1º grau, sendo cerca de 43% entre a 3ª e 5ª séries. Como a idade variou bastante, e os currículos escolares são muito diversos, não se relacionou conhecimento à escolaridade. Esta distribuição de escolaridade foi usada para verificar como a amostra se comportaria, e esta mostrou-se, até certo ponto, coerente com a realidade da cidade.

Das 262 mulheres com experiência sexual, 245 (93,4%) já haviam feito exame de Papanicolaou pelo menos uma vez. Esta proporção cai para 40,0% (12 mulheres) entre as 30 sem experiência sexual (qui-quadrado 1 = 83,24; $p < 0,001$) (Tabela 6). Por causa da diferença na proporção de mulheres que apresentaram conduta preventiva do câncer cérvico-uterino, encontrada entre estes dois subgrupos, optou-se pela exclusão das 30 mulheres sem experiência sexual do restante do estudo, pois esta diferença de comportamento poderia estar mediada por um referencial de crenças diferente das demais mulheres.

Esta opção deveu-se também a dois outros fatores: a) o grupo com 30 participantes foi pequeno para conclusões e comparações relativas ao outro grupo, e b) mulheres sem experiência sexual não se constituem no grupo de maior risco para a doença estudada.

Foram estudadas, portanto, as crenças e a conduta preventiva das 262 mulheres que alegaram experiência sexual e conhecimento sobre câncer de útero e sua prevenção pelo exame de Papanicolaou.

7.2. Análise descritiva

As 262 entrevistadas que compuseram este estudo responderam a cerca de 104 perguntas cada uma. São apresentadas apenas as respostas mais significativas para o estudo.

As respostas às principais perguntas estão nas Tabelas de 07 a 59

Nas Tabelas 7 e 8 e de 11 a 15 estão apresentadas as respostas às principais questões desenvolvidas para medir a dimensão "gravidade percebida" do MCS.

A média dos pontos desta variável, expressa em VEM, está na Tabela 62. A variável apresentou pontos entre 20 e 92, com média em 61,1 e desvio padrão 14,28 pontos. Houve assimetria à direita e o coeficiente de variação de Pearson foi 23,37.

Nas Tabelas 7 e 8 foi avaliada a percepção do perigo da doença, alegado pelas entrevistadas; 74,4% consideraram o câncer de útero uma doença muito perigosa, a maioria atri-

buindo o perigo ao fato de tal câncer "deixar defeito" (72,5%), não ter cura (54,2%) e ser fatal (68,7%). Na Tabela 11, a gravidade é comparada à outras doenças, evidenciando que a maioria das mulheres considerava as outras doenças citadas como mais perigosas que o câncer de útero (tuberculose, sífilis, pressão alta, etc) ou igualmente perigosas (câncer do seio). A tabela evidencia, também, que poucas mulheres não possuem sua escala particular de perigo, pois a resposta "não sei" obteve a mais alta porcentagem em 8,4%, para a doença "loucura".

Nas Tabelas 12 e 13 são relatadas a percepção do prognóstico do câncer de útero (82,5% das entrevistadas concordaram que a doença, em sua fase inicial, sempre ou quase sempre tem cura) e a crença de que o câncer "come" o útero, alegada por 93,9% das entrevistadas. Na Tabela 14 estão as respostas obtidas sobre a necessidade de "tirar o útero" em caso de câncer (sempre necessário para 56,2% das entrevistadas), e as consequências de "tirar o útero" quanto à normalidade da vida e à vida sexual (Tabela 15).

Nas Tabelas de 16 a 19 encontram-se as respostas às principais perguntas desenvolvidas para medir a dimensão "susceptibilidade percebida" do MCS.

A distribuição dos pontos desta variável, expressos em VEM, encontra-se na Tabela 63. Os valores variaram entre 15 e 96, com média em 48,0 e desvio-padrão em 12,87 pontos. Ligeira assimetria à esquerda e coeficiente de variação de Pearson de 26,80.

A Tabela 16 evidencia que 50,0% das respondentes admitem ter "certa facilidade" para ter câncer de útero, enquanto 30,6% acreditam que dificilmente ou nunca terão a doença. A Tabela 17 apresenta a relação das mulheres que acreditam que podem ter problemas de saúde relacionado com este tipo de câncer, sendo que 63,0% alegaram não ter este tipo de problema e 22,1% delas, jamais ter pensado no assunto. As Tabelas 18 e 19 mostram a preocupação das respondentes com a possibilidade de vir a ter, ou estar com, câncer de útero, indicando que a maioria se preocupa com o assunto (72,9%), nas não no momento em que foram entrevistadas.

Nas Tabelas de 24 a 27, 41 e 42, de 47 a 49 e 52 a 58 encontram-se as respostas às principais perguntas destinadas à medir "benefícios e/ou barreiras percebidas à ação preventiva do câncer cérvico-uterino" (exame de Papanicolaou).

A distribuição de pontos da variável Benefícios menos Barreiras (expressa em VEM) encontra-se na Tabela 64. Os valores variaram entre 36 e 98 pontos, com média em 76,1 e desvio padrão em 10,35 pontos. Ligeira assimetria e coeficiente de variação de Pearson de 13,60, a menor variação relativa encontrada nas três dimensões do MCS aqui consideradas.

As Tabelas 24 a 27 apresentam as distribuições de frequências das entrevistadas sobre vários fatores: a possibilidade de autodiagnóstico em ausência de sintomas (80,1% acreditam que não é possível); o medo de vir a desenvolver a doença (80,2% admitem medo ou muito medo); o medo de saber o um diagnóstico positivo da doença (67,5% preferem ficar a par

do resultado), e "vergonha" em se submeter a exame ginecológico (54,8% sente vergonha).

As Tabelas 41 e 42 mostram a opinião das entrevistadas sobre a necessidade de se submeter ao exame de Papanicolaou em ausência de sintomas (com o que 85,5% delas concordaram), e sua confiança no resultado do exame (apenas 32,4% acreditam que o exame sempre acusa a doença).

As Tabelas 47 e 48 mostram o conhecimento da existência de uma época da vida para iniciar a fazer o exame de Papanicolaou periodicamente (51,0% acreditam que não há uma época certa para iniciar os exames), e a relação deste período com a iniciação sexual e a gravidez (77,9% alegaram ser depois da iniciação sexual e 69,5% depois da primeira gravidez). A Tabela 49 mostra o conhecimento de uma possível época para deixar de fazer o exame (apenas 44,7% responderam que nunca se deve parar de fazer o exame).

Nas Tabelas 52 e 53 são apresentadas as opiniões das entrevistadas quanto à presença ou ausência de sintomatologia nos casos de câncer de útero (68,7% não sabem dizer se há sintomas na fase inicial). A Tabela 54 apresenta as respostas referentes ao "trabalho que dá" repetir o exame de Papanicolaou (64,5% afirmam que não dá trabalho e 96,9% que o trabalho é compensador). Na Tabela 55 observa-se o medo alegado em se submeter ao exame de Papanicolaou (51,2% das entrevistadas tem medo de submeter-se ao exame e 65,7% de saber o resultado).

Nas Tabelas 56, 57 e 58 estão apresentadas as opiniões das entrevistadas sobre algumas crenças com componentes de fatalismo, como: crença no destino (62,9% delas acreditam em destino), o destino como causa de câncer (77,8% delas acreditam que não) e a concordância com a frase "todas as mulheres com câncer acabam morrendo dessa doença" (86,6% concordaram com a frase).

As Tabelas 9, 10 e 23 são resumos das respostas das principais perguntas destinadas a medir "conhecimento sobre câncer cérvico-uterino", principalmente quanto aos fatores de risco.

A distribuição dos pontos, em VEM, obtidos pelas 262 entrevistadas no conhecimento do câncer cérvico-uterino encontra-se na Tabela 60. Os valores variaram de 10 a 100, com média em 72,9 e desvio padrão 18,11. Nítida assimetria à direita e coeficiente de variação de Pearson de 24,84.

A Tabela 9 mostra as respostas relativas à opinião das entrevistadas sobre 13 possíveis fatores de risco. As respostas "não e não sei" foram maioria em muitos itens (paridade elevada, hereditariedade, uso de anticoncepcionais, iniciação sexual precoce, pensamento negativo, "trabalho de macumba" e "sentar em lugar quente"). A Tabela 10 evidencia os resultados sobre a possibilidade do câncer de útero ser contagioso (20,2% de respostas "sim " e 50,4% de "não"). Na Tabela 23 encontram-se as respostas sobre as medidas consideradas válidas para evitar a doença (90,5% delas afirmam que é procurar o médico).

Na Tabela 28 são apresentados os termos pelos quais as respondentes conhecem o exame de Papanicolaou. Mais da metade, 57,6%, não conhece o termo, e 100% delas conhece o exame como "exame preventivo".

A Tabela 29 mostra a proporção de respondentes que já fizeram pelo menos um exame de Papanicolaou, distribuída em três grupos etários. A proporção aumentou com a idade, mas foi sempre superior a 90,0%.

As Tabelas de 30 a 36 trazem as respostas às principais perguntas formuladas para medir a "conduta preventiva" do câncer cérvico-uterino.

A variável "conduta preventiva", neste estudo, apresentou distribuição conforme a Tabela 66. Os pontos, expressos em VEM, variaram de 0 a 100, com grande concentração na faixa entre 70 e 80 pontos (39,7%). A média foi 72,8 pontos, com desvio padrão 20,78 pontos e coeficiente de variação de Pearson de 28,56.

Na Tabela 30 observa-se a distribuição das respondentes que se lembravam do número de exames de Papanicolaou a que se submeteram durante a vida, classificadas por faixas etárias; a proporção de mulheres que não se lembravam do número de exames aumentou com a idade, variando de 0% a 43,8%. A Tabela 31 mostra a distribuição do tempo decorrido (aproximado) desde o último exame; apenas 34,3% se submeteram ao exame nos últimos dois anos antes da entrevista e 59,2% não se lembravam.

A Tabela 32 mostra o número de exames de Papanicolaou a que as respondentes se submeteram nos últimos 4 anos (90,6% das que já fizeram o exame lembravam-se do número, mas 17,2% fizeram 1 exame e 10,4% nenhum). As Tabelas 33 e 34 evidenciam o número de respondentes que alegaram haver procurado espontaneamente pelo exame nos últimos 4 anos (61,6%) e o número de exames realizados nestas condições (variando entre 1 e 8).

A Tabela 35 apresenta as razões oferecidas para haver se submetido ao exame (57,1% por vontade própria e 48,2% por solicitação médica). Já a Tabela 36 apresenta as razões oferecidas para não ter feito o exame, nas 17 mulheres que estavam nestas condições. As razões mais prevalentes foram: não saber que devia fazer, vergonha e outro motivo não apresentado como alternativa.

As Tabelas 37, 38 e 39 contêm as distribuições da percepção de alguns fatores a respeito do exame de Papanicolaou. São eles: opinião sobre o próprio conhecimento sobre o exame (55,3% responderam que não sabem nada, ou que sabem pouco); quem forneceu as informações sobre o Papanicolaou (79,8% alegaram ter sido o médico e 9,9% pessoa da família); e o número e qualificação dos fornecedores de informações.

As Tabelas 40, 43 a 46, 50 e 51 mostram as respostas às principais perguntas formuladas para medir o "conhecimento da conduta preventiva pretendida" (exames de Papanicolaou).

Esta variável, conhecimento do exame de Papanicolaou, tem seus valores sumarizados na Tabela 61. Os pontos (expres-

tos em VEM) variaram entre 20 e 100, com média em 73,2 e desvio-padrão 16,27 pontos. Houve assimetria à direita, e o coeficiente de variação de Pearson foi 22,21.

A Tabela 40 apresenta a opinião das entrevistadas sobre a finalidade do exame de Papanicolaou, tendo a maioria (93,5%) respondido que o exame serve para "evitar" o câncer de útero. Na Tabela 43 observa-se o que as entrevistadas pensam sobre o primeiro diagnóstico positivo do exame de Papanicolaou em relação à evolução da doença (apenas 42,7% delas acreditam que, num primeiro resultado positivo, o câncer está em fase inicial).

As Tabelas 44 e 45 trazem as respostas sobre a necessidade de periodicidade no exame e qual a periodicidade desejada (23,7% não acusaram necessidade de periodicidade nos exames e, das 76,3% que alegaram esta necessidade, 74,0% responderam que o exame deve ser repetido anualmente). A Tabela 46 apresenta a distribuição das possíveis consequências por não se submeter ao exame de Papanicolaou, tendo 79,6% das entrevistadas respondido que pode prejudicar a saúde.

As Tabelas 50 e 51 evidenciam a confiabilidade no exame de Papanicolaou e no resultado negativo do exame; 73,3% das respondentes acreditam que é necessário a associação do exame ginecológico para obter um diagnóstico e 65,7% acreditam que o resultado negativo do exame não indica ausência de câncer de útero.

Na Tabela 65 é apresentada a distribuição do índice de Ameaça Potencial - IAP. O IAP, obtido a partir da Susceti-

bilidade e da Gravidade, e expresso em VEM, variou de 26 a 80, com média 54,6 e desvio-padrão 10,48 pontos. A distribuição pode ser considerada simétrica, com coeficiente de variação de Pearson de 19,21.

7.3. - Relações entre variáveis

A primeira comparação entre os valores obtidos para cada variável começa nas Tabelas de 60 a 66, onde estas foram estudadas. Numa sequência do que foi descrito, as variáveis em estudo apresentaram seus pontos característicos, respectivamente: média aritmética (M), desvio padrão (s), coeficiente de variação de Pearson (CVP), limites do terço médio (LTM), e campo de variação (CV), todos em VEM, da seguinte forma:

a) Gravidade: M=61,1; s=14,28; CVP=23,37; LTM=57-67 e CV=20-92;

b) Suscetibilidade: M=48,0; s=12,87; CVP=26,80; LTM=44-52 e CV=15-96;

c) Benefícios: M=76,1; s=10,35; CVP=13,60; LTM=74-81 e CV=36-98;

d) IAP: M=54,6; s=10,48; CVP=19,21; LTM=52-59 e CV=26-80;

e) Conhecimento de câncer cérvico-uterino: M=72,9; s=18,11; CVP=24,84; LTM=62-83 e CV=10-100;

f) Conhecimento do exame de Papanicolaou: M=73,2; s=16,27; CVP=22,21; LTM=69-82 e CV=20-100;

g) Conduta preventiva do câncer cérvico uterino:

$M=72,8$; $s=20,78$; $CVP=28,56$; $LTM=76-81$ e $CV=0-100$.

Os limites do terço médio que serviram para formar a escala em graus foram calculados pelo método discreto, enquanto nas tabelas são apresentados os valores calculados pelo método contínuo.

Em todas as variáveis, o CVP (coeficiente de variação de Pearson) foi alto, indicando dispersão dos valores. Esta dispersão e a concentração no terço médio (grau médio) torna-se evidente quando se compara o campo de variação com os limites do terço-médio.

Em coerência com o princípio do estudo das crenças de saúde a partir do referencial da população e, portanto, sob influência sócio-cultural, considerou-se os valores obtidos para as variáveis quantitativas mensurados (pontos expressos em VEM) como relativamente comparáveis, sem a noção de quantidade proporcional.

Nas Tabelas de 67 a 70 foi estudada a relação entre a conduta preventiva e cada dimensão do MCS. A concordância entre gravidade e conduta (Tabela 67) foi menor que a obtida entre suscetibilidade e conduta (Tabela 68), 38,9% e 45,1% de pares concordantes, respectivamente. A contingência entre gravidade e conduta ocorreu num nível de significância de 0,05, e entre suscetibilidade e conduta num nível de 0,001.

O IAP (Tabela 69) apresentou 43,9% de pares concordantes com conduta, e contingência a um nível de 0,01. A dimensão Benefícios menos Barreiras não apresentou relação es-

tatisticamente significativa (Tabela 70), com apenas 32,4% de pares concordantes em grau.

O grau de conhecimento de câncer cérvico-uterino testado, não parece ter influenciado muito a conduta preventiva (Tabela 71), apesar de contingência significativa para $p < 0,02$ e 36,2% de pares concordantes. O grau de conhecimento do exame de Papanicolaou apresentou maior número de pares concordantes, 38,9%, e contingência para $p < 0,001$ (Tabela 72).

Quando se comparou o grau de conhecimento de câncer cérvico-uterino com o grau de conhecimento de exame de Papanicolaou (Tabela 73) verificou-se contingência entre as variáveis ($p < 0,001$), com 41,6% de pares concordantes.

Neste estudo, os dados indicam que, dentre as dimensões do MCS e outras variáveis em estudo, a variável que apresentou maior relação com a conduta preventiva foi a suscetibilidade com 45,1% de pares concordantes (Tabela 68).

A proporção de conduta concordante nos diferentes graus, em cada dimensão que compõe o modelo apresentou, sempre, maior proporção de pares no grau baixo (Tabelas 67, 68, 69 e 70). Esta tendência a apresentar maior proporção de pares concordantes no grau baixo ocorreu, também, na comparação entre conduta e conhecimento do exame de Papanicolaou e entre conhecimento da doença e do exame (Tabelas 72 e 73). Apenas na comparação entre conduta e conhecimento da doença (Tabela 71), a proporção de pares concordantes por grau não foi a maior das três.

A Tabela 74 apresenta a distribuição da conduta, em cada grau, em diferentes grupos etários. A proporção foi menor no grau médio e maior no grau baixo, mas não de forma homogênea nos diferentes grupos etários. As jovens apresentaram, em sua maioria, conduta preventiva baixa, e a conduta alta foi mais frequente nos grupos de faixa etária mais alta.

Na Tabela 75 é estudada a relação entre grau de suscetibilidade percebida e medo de vir a ter câncer de útero. Os resultados evidenciam uma possível relação entre medo e suscetibilidade: 49,3% das mulheres que alegaram muito medo apresentaram suscetibilidade alta, e 51,8% das que alegaram não ter medo apresentaram baixo grau de suscetibilidade.

Na Tabela 76 encontram-se os dados da relação entre medo e conduta preventiva. Os resultados indicam que 50,7% das mulheres que admitiram ter muito medo apresentaram alto grau de conduta preventiva. O inverso ocorreu com as mulheres que admitiram não ter medo, das quais 70,3% apresentaram baixa conduta preventiva.

A Tabela 77 apresenta a relação entre medo de vir a desenvolver a doença e grau de conhecimento sobre a mesma. Aparentemente, não existe uma tendência de aumento ou diminuição do medo quando relacionado ao conhecimento da doença.

Tabela 01 - Distribuição das entrevistadas conforme a alegação de conhecimento do câncer de útero e sua prevenção. São José dos Campos, SP, 1989.

A respondente alegou que:	f	%
Nunca ouviu falar em câncer de útero	3	1,0
Já ouviu falar em câncer de útero, mas não em sua prevenção	5	1,7
Ouviu falar em câncer de útero e sua prevenção	292	97,3
TOTAL	300	100,0

Tabela 02 - Distribuição das entrevistadas conforme a procedência. São José dos Campos, SP, 1989.

PROCEDÊNCIA	f	%
Estado de São Paulo	212	70,7
Outros Estados	88	29,3
TOTAL	300	100,0

Tabela 03 - Distribuição das entrevistadas. Alegação de idade, conhecimento de câncer cérvico-uterino e iniciação sexual. São José dos Campos, SP, 1989.

Grupo etário (anos)	Não tiveram rel. sexuais		Já tiveram rel. sexuais		TOTAL
	Não conhecem Ca.u.* e/ou sua prevenção	Conhecem Ca.u.* e sua prevenção	Não conhecem Ca.u.* e/ou sua prevenção	Conhecem Ca.u.* e sua prevenção	
16!__20	2	16	1	16	35
20!__25		11		36	47
25!__30		3		42	45
30!__35			1	44	45
35!__40			1	46	47
40!__45				25	25
45!__50			1	20	21
50!__55			1	16	17
55 ou +			1	17	18
TOTAL	2	30	6	262	300

* Ca.u. = câncer cérvico-uterino

Tabela 04 - Alegação de escolaridade e conhecimento de câncer cérvico-uterino e sua prevenção nas 300 entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.

Último ano frequentado	Declararam não conhecer ca.u.* e/ou sua prevenção	Declararam conhecer ca.u.* e sua prevenção	TOTAL	
			f	%
Nunca frequentou escola	1	20	21	7,0
1º grau	1	21	22	7,3
2º grau		24	24	8,0
3º grau		36	36	12,0
1º grau	3	54	57	19,0
2º grau		38	38	12,6
3º grau	1	25	26	8,7
4º grau	1	27	28	9,3
5º grau	1	23	24	8,0
6º grau		5	5	1,7
7º grau		2	2	0,7
8º grau		5	5	1,7
3º grau incompleto		2	2	0,7
3º grau completo		10	10	3,3
TOTAL	8	292	300	100,0

* ca.u. = câncer cérvico-uterino

Tabela 05 - Distribuição das entrevistadas conforme alegação de conhecer ou não câncer uterino e sua prevenção e idade da iniciação sexual. São José dos Campos, SP, 1989.

Idade da iniciação sexual	Alegam		TOTAL	
	não conhecer	conhecer	f	%
	Ca.u. e/ou sua prevenção	Ca.u. e sua prevenção		
12 __16	1	12	13	4,3
16 __20	2	153	155	51,7
20 __24	1	61	62	20,7
24 __28		11	11	3,7
28 __31		21	21	7,0
31 __35		4	4	1,3
Não lembra	2	0	2	0,6
Não teve relação sexual	2	30	32	10,7
TOTAL	8	292	300	100,0

Tabela 06 - Relação entre haver se submetido ao exame de Papanicolaou e a iniciação sexual, observada nas respondentes que alegaram conhecer o exame. São José dos Campos, SP, 1989.

Fizeram ao menos 1 exame de Papanico- laou:	Já tiveram relações sexuais		Nunca tiveram relações sexuais		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Sim	245	93,5	12	40,0	257	88,0
Não	12	4,6	17	56,7	29	10,0
Não sabe	5	1,9	1	3,3	6	2,0
TOTAL	262	100,0	30	100,0	292	100,0

qui-quadrado₁ = 83,24; $p < 0,001$ para a proporção de respostas sim nos dois grupos.

Tabela 07 - Percepção da gravidade ("perigo") do câncer cérvico-uterino alegada pelas 262 respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

Câncer de útero é uma doença:	f	%
-muito perigosa	195	74,4
-mais ou menos perigosa	56	21,4
-pouco perigosa	9	3,4
-sem perigo	1	0,4
-não sabe dizer	1	0,4
TOTAL	262	100,0

Tabela 08 - Respostas "sim" às razões apresentadas pelas 262 respondentes para que o câncer de útero seja considerado doença perigosa (mais de uma resposta por respondente). São José dos Campos, SP, 1989.

Razões apresentadas	f	%
Ele pega fácil	89	34,0
Deixa defeito	190	72,5
Não tem cura	142	54,2
Mata	180	68,7

Tabela 09 - Opinião, em porcentagem, das 262 respondentes à respeito de 13 possíveis fatores etiológicos para o câncer cérvico-uterino. Os fatores estão apresentados por grupo etiológico e da forma como foram perguntados na linguagem popular. São José dos Campos, SP, 1989.

Fatores	Respostas em %			TOTAL
	Sim	Não	Não sabe	
1 - Hereditários ("vem de mãe p/ filha?")	7,5	59,7	32,8	100,0
2 - Paridade ("dá em quem tem muitos filhos?")	10,7	62,6	26,7	100,0
3 - Abortamento ("em quem faz aborto mal feito")	91,6	3,1	5,3	100,0
4 - Abortamento ("em quem faz muito aborto")	89,3	3,1	7,6	100,0
5 - Promiscuidade ("em quem tem relações com muitos homens")	62,6	13,7	23,7	100,0
6 - Anticoncepcionais ("quem toma comprimido para evitar filhos")	35,9	22,1	42,0	100,0
7 - Cuidados ("em quem tem doença venérea mal tratada")	87,0	4,2	8,8	100,0
8 - Cuidados ("em quem tem corrimento e não trata")	85,4	2,7	11,9	100,0
9 - Trauma local ("em quem tem feridinha no útero e não trata")	96,5	0,8	2,7	100,0
10 - Iniciação sexual ("em quem tem relações sexuais muito jovem")	45,8	23,7	30,5	100,0
11 - Fator psíquico ("quem tem muito pensamento negativo")	19,9	59,9	20,2	100,0
12 - Crença popular ("dá por trabalho de macumba")	5,7	75,2	19,1	100,0
13 - Crença popular ("sentar em lugar quente")	19,5	21,4	59,1	100,0

Tabela 10 - Possibilidade de contágio do câncer de útero na opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

O câncer de útero é contagioso?	f	%
Sim, o contágio é "fácil"	48	18,3
Sim, mas o contágio é "difícil"	5	1,9
Não	132	50,4
Não sabe dizer	74	29,4
TOTAL	262	100,0

Tabela 11 - Percepção da gravidade do câncer cérvico-uterino pela comparação com outras doenças, na opinião de 262 respondentes (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989.

Doenças ou sintomas apresenta- dos para comparação	O ca.u.* é mais perigoso	A outra doença é mais perigosa	As duas doenças tem o mesmo perigo	Não sabe dizer	Não conhe- ce a doença	TOTAL
Tuberculose	21,0	51,5	24,8	2,3	0,4	100,0
Lepra	12,6	39,3	24,4	6,5	17,2	100,0
AIDS	5,0	74,3	19,1	0,8	0,8	100,0
Sífilis	17,2	37,3	22,9	6,9	15,7	100,0
Ataque cardíaco	14,9	60,3	22,5	2,3	0	100,0
Pressão alta	28,2	50,8	19,1	1,9	0	100,0
Câncer do seio	9,9	17,2	72,1	0,8	0	100,0
Loucura	37,0	44,3	9,9	8,4	0,4	100,0

* Ca.u. = câncer cérvico-uterino

Tabela 12 - Percepção do prognóstico do câncer cérvico-uterino quando seu diagnóstico é precoce, na opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

O câncer de útero em fase inicial:	f	%
Sempre tem cura	66	25,2
Quase sempre tem cura	150	57,3
Quase nunca tem cura	37	14,1
Nunca tem cura	5	1,9
Não sabe responder	4	1,5
TOTAL	262	100,0

Tabela 13 - Opinião das 262 respondentes quanto às lesões de útero provocadas pelo câncer. São José dos Campos, SP, 1989.

O câncer "come" o útero?	f	%
Sim:		93,9
-desde o começo da doença	56	21,4
-só se a doença progredir	160	61,1
-não sabe quando começa	30	11,4
Não	11	4,2
Não tem opinião	5	1,9
TOTAL	262	100,0

Tabela 14 - Necessidade de "tirar o útero" em caso de câncer conforme resposta das entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.

Respostas	f	%
Sempre precisa	148	56,5
Às vezes precisa	100	38,2
Nunca precisa	0	0
Não sabe se precisa	14	5,3
TOTAL	262	100,0

Tabela 15 - Possíveis consequências de "tirar o útero", quanto à normalidade da vida e das relações sexuais, na opinião de 262 respondentes (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989.

A mulher sem útero vai levar uma vida normal					
	Respostas	Sim	Não	Não sabe	Total
A mulher sem útero vai ter vida sexual	Sim	41,6	40,9	5,7	88,2
	Não	1,5	5,7	0	7,2
	Não sabe	0,4	2,3	1,9	4,6
TOTAL		43,5	48,9	7,6	100,0

Tabela 16 - Opinião das respondentes sobre a possibilidade de vir a ter câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.

A respondente acha que:	f	%
-tem muita facilidade em ter câncer de útero	10	3,8
-tem certa facilidade em ter câncer de útero	131	50,0
-difícilmente terá a doença	72	27,5
-nunca vai ter câncer de útero	8	3,1
-Não tem opinião	41	15,6
TOTAL	262	100,0

Tabela 17 - Percepção de suscetibilidade ao câncer cérvico-uterino em relação a outro problema de saúde. Opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

A respondente alega que:		f	%
-tem problema de saúde relacionado e	- pensa que pode "virar" câncer	24	9,2
	- pensa que não "vira" câncer	4	1,5
	- não pensa que pode "virar" câncer	11	4,2
-não tem problema de saúde relacionado		165	63,0
-Não pensa no assunto		58	22,1
TOTAL		262	100,0

Tabela 18 - Preocupação das respondentes com a possibilidade de vir a ter câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.

Grau de preocupação alegado	f	%
Muita preocupação	67	25,6
Mais ou menos	124	47,3
Pouca preocupação	29	11,1
Nenhuma preocupação	42	16,0
TOTAL	262	100,0

Tabela 19 - Preocupação das respondentes com a possibilidade de estar com câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.

Já imaginou que podia estar com câncer de útero?	f	%
Sim	35	13,3
Não	116	44,3
Nunca pensou no assunto	111	42,4
TOTAL	262	100,0

Tabela 20 - Possibilidade de prevenção e fatalismo em relação ao câncer de útero, alegados pelas 262 entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.

O câncer de útero:	f	%
"Se tiver que dar, dá mesmo"	126	48,1
Pode ser evitado, com alguns cuidados	127	48,5
Não tem opinião	9	3,4
TOTAL	262	100,0

Tabela 21 - Respostas "sim" à três medidas apresentadas para "evitar" o câncer de útero (mais de uma resposta por respondente), e sua relação com o fatalismo alegado na tabela 21. São José dos Campos, SP, 1989.

O que fazer para evitar o câncer de útero	Fatalismo				TOTAL	
	"se tiver que dar, dá mesmo"		"pode ser evitado"		f	%
	f	%	f	%		
Ter fé em Deus	124	98,4	105	83,2	229	90,5
Fechar o corpo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ir ao médico	125	99,2	126	99,2	251	99,2
TOTAL	126	100,0	127	100,0	253*	100,0

*- 9 respondentes sem opinião (Tabela 21)

Tabela 22 - Expectativa do papel do médico em relação ao câncer cérvico-uterino, na opinião de 262 respondentes (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989.

O que o médico pode fazer	Sim	Não	Não tem opinião	TOTAL
	%	%	%	%
Ensinar como evitar a doença	91,6	3,1	5,3	100,0
Descobrir a doença desde o início	53,8	27,1	19,1	100,0
Descobrir a doença só quando avançada	60,3	24,4	15,3	100,0

Tabela 23 - O que fazer primeiro para evitar o câncer cérvico-uterino, na opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

Respostas	f	%
Procurar o médico	237	90,5
Fazer as coisas que o povo diz	5	1,9
Fazer as coisas populares e ir ao médico	11	4,2
Não tem opinião	9	3,4
TOTAL	262	100,0

Tabela 24 - Possibilidade de autodiagnóstico do câncer cervico-uterino, na ausência de qualquer anormalidade. Opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

O autodiagnóstico	f	%
É possível	12	4,6
Não é possível	210	80,1
Não tem opinião	40	15,3
TOTAL	262	100,0

Tabela 25 - Medo de vir a ter câncer de útero alegado pelas 262 entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.

Respostas	f	%
Muito medo	71	27,1
Mais ou menos	139	53,1
Pouco medo	25	9,5
Não tem medo	27	10,3
TOTAL	262	100,0

Tabela 26 - Aceitação e rejeição à um possível diagnóstico positivo de câncer de útero nas 262 entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.

Em caso de resultado positivo a respondente:	f	%
Gostaria que lhe contassem	177	67,5
Preferiria não saber	46	17,6
Não sabe o que seria melhor	39	14,9
TOTAL	262	100,0

Tabela 27 - Barreira ao exame ginecológico sob alegação de "ter vergonha". Respostas obtidas nas 262 entrevistas. São José dos Campos, SP, 1989.

A respondente alega:	f	%
-não sentir vergonha de fazer exame ginecológico	109	41,6
-sentir vergonha por médica	2	0,8
se o exame for por médico	106	40,4
feito: por qualquer deles	45	17,2
TOTAL	262	100,0

Tabela 28 - Terminologia pela qual as respondentes conheciam o exame de Papanicolaou por ocasião da entrevista. São José dos Campos, SP, 1989.

Termo(s) conhecido(s)	f	%
Exame preventivo	8	3,1
Exame preventivo ou exame de lâmina	142	54,2
Exame preventivo ou exame de Papanicolaou	3	1,1
Ex. preventivo, de lâmina ou Papanicolaou	109	41,6
TOTAL	262	100,0

Tabela 29 - Distribuição da porcentagem de respondentes que fizeram ao menos um exame de Papanicolaou, conforme a idade. São José dos Campos, SP, 1989.

Idade (em anos completos)	n	Já fizeram o e. Papanicolaou	
		f	%
15!____ 30	94	85	90,4
30!____ 45	115	109	94,8
45 ou mais	53	51	96,2
TOTAL	262	245	93,5

Tabela 30 - Porcentagem das respondentes que se lembraram do número de exames Papanicolaou que fizeram, média aritmética e desvio padrão dos exames realizados, conforme a idade da respondente. São José dos Campos, SP, 1989.

Idade (anos completos)	Respondentes	Lembram o nº de exames				Não lembram o nº de exames	
		nº	%	Média	s	nº	%
16 __ 20	11	11	100,0	4,7	1,54	0	0,0
20 __ 25	34	32	94,1	4,4	2,62	2	5,9
25 __ 30	40	33	82,5	5,6	3,05	7	17,5
30 __ 35	41	32	78,0	5,9	2,74	9	22,0
35 __ 40	45	38	84,4	5,2	2,63	7	15,6
40 __ 45	23	17	73,9	6,2	3,79	6	26,1
45 __ 50	19	15	78,9	7,3	2,67	4	21,1
50 __ 55	16	9	56,2	8,1	4,09	7	43,8
55 ou +	16	12	75,0	5,9	3,94	4	25,0
TOTAL	245*	199	81,2	5,0	4,24	46	18,8

* Não aplicada a 17 entrevistadas (Tabela 29), que alegaram nunca haver se submetido ao exame.

Tabela 31 - Tempo decorrido (aproximado) desde o último exame de Papanicolaou a que as respondentes se submeteram. São José dos Campos, SP, 1989.

Tempo decorrido desde o último exame	f	%
Menos de 1 ano	23	9,4
1 ano	31	12,7
2 anos	30	12,2
3 anos	8	3,3
4 anos	2	0,8
5 a 8 anos	2	0,8
+ de 8 anos	4	1,6
Não lembra	145	59,2
TOTAL	245*	100,0

* - Não aplicada a 17 entrevistadas (Tabela 29)

Tabela 32 - Número de exames de Papanicolaou a que as entrevistadas se submeteram nos últimos 4 anos. São José dos Campos, SP, 1989.

Número de exames	f	%
0	45	18,4
1	42	17,2
2	70	28,6
3	37	15,1
4	19	7,8
5	2	0,8
6	4	1,6
7	1	0,4
8	2	0,8
Subtotal	222	90,6
média	1,9	
s	1,52	
Não lembra	23	9,4
TOTAL	245*	100,0

* - Não aplicada a 17 respondentes (Tabela 29)

Tabela 33 - Procura espontânea pelo exame de Papanicolaou nos últimos 4 anos, conforme alegação das 245 respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

A respondente	f	%
-procurou o exame por vontade própria	151	61,6
-procurou o exame, mas não por vontade própria	80	32,7
-Não sabe dizer	14	5,7
TOTAL	245	100,0

* - Não aplicada a 17 respondentes (Tabela 29)

Tabela 34 - Número de exames de Papanicolaou a que as respondentes se submeteram por procura espontânea (vontade própria) nos últimos 4 anos. São José dos Campos, SP, 1989.

Número de exames	número de respondentes
1	36
2	49
3	21
4	14
5	1
8	2
Subtotal	123
Não lembra	20
TOTAL	151

* - Não aplicada a 111 entrevistadas (Tabelas 29 e 33).

Tabela 35 - Número e porcentagem das respostas positivas às alternativas apresentadas como razão para o último exame de Papanicolaou nas 245 mulheres que alegaram já haver se submetido a este exame (mais de uma resposta por respondente). São José dos Campos, SP, 1989.

Razões alegadas para o último exame de Papanicolaou	Respostas afirmativas	% sobre o total de respondentes
Por vontade própria	140	57,1
O médico pediu	118	48,2
Alguém a lembrou	19	7,8
Ouviu no rádio ou T.V.	2	0,8
Leu em algum lugar	8	3,2
Outros motivos	3	1,2

Tabela 36 - Número e porcentagem das respostas positivas às alternativas apresentadas como razão para nunca ter feito exame de Papanicolaou, nas 17 mulheres que alegaram esta condição. São José dos Campos, SP, 1989.

Razões alegadas para nunca ter feito exame de Papanicolaou	Respostas afirmativas	% sobre o total de respondentes
Não sabia que devia fazer	7	41,2
Não se lembrou de ir fazer	4	23,5
Não quis fazer	3	17,6
Não teve tempo de fazer	4	23,5
Teve vergonha de fazer	6	35,3
Teve medo de fazer	3	17,6
Não sabia onde fazer	4	23,5
Outro motivo	6	35,3

Tabela 37 - Opinião das respondentes a respeito do próprio conhecimento sobre o exame de Papanicolaou. São José dos Campos, SP, 1989.

Sobre o exame de Papanicolaou a respondente opina que:	f	%
-sabe muito	14	5,3
-sabe mais ou menos	103	39,4
-sabe pouco	136	51,9
-nada sabe	9	3,4
TOTAL	262	100,0

Tabela 38 - Pessoas citadas como fornecedores de informações sobre o exame de Papanicolaou conforme as 253 respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

As informações sobre exame de Papanicolaou foram recebidas de:	f	% de respondentes
enfermeira	24	9,2
médico(a)	209	79,8
funcionário do Serviço de Saúde	1	0,4
pessoa na farmácia	1	0,4
pessoa da família	26	9,9
pessoa amiga	21	8,0
outras pessoas não citadas	17	6,5
ninguém	3	1,1
Total de citações	324	

Nota: Pergunta não aplicada a 9 entrevistadas (Tabela 37)

Tabela 39 - Pessoas mencionadas por cada respondente, como fornecedores das informações que formaram seu conhecimento sobre o exame de Papanicolaou. São José dos Campos, SP, 1989.

Pessoas mencionadas		f	%
Ninguém		3	1,1
1 pessoa	enfermeira	10	3,9
	médico(a)	175	66,8
	func. do serviço de saúde	1	0,4
	pessoa da família	15	5,7
	pessoa amiga	8	3,0
	outras pessoas	3	1,1
2 pessoas	médico e enfermeira	6	2,3
	médico e pessoa da família	7	2,7
	médico e pessoa amiga	9	3,4
	médico e outras pessoas	6	2,3
	pessoas da família e outros	1	0,4
	enfermeira e outros	1	0,4
	pessoa amiga e outros	1	0,4
3 pessoas	médico, enfermeira e pessoa da família	1	0,4
	médico, pessoa da farmácia e pessoa		
	amiga	1	0,4
	médico, enfermeira e outros	3	1,1
	pessoa da família, amiga e outros	1	0,4
4 pessoas	médico, pessoa da família, pessoa		
	amiga e outros	1	0,4
TOTAL		253	96,6

* Não aplicada a 9 entrevistadas (3,4%) (Tabela 37)

Tabela 40 - Finalidades do exame de Papanicolaou na opinião das 253 respondentes*, conforme as três alternativas: evitar o câncer de útero, descobrir o câncer de útero no início e/ou descobrir outras doenças do útero (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989.

Evitar o câncer de útero	Descobrir ca.ú. no início	Descobrir outras doenças no útero			TOTAL
		Sim	Não	Não sabe	
Sim (93,5%)	Sim	60,7	0,8	0,4	61,9
	Não	6,9	0,4	0	7,3
	Não sabe	20,6	0	3,8	24,4
Não (1,9%)	Sim	1,5	0	0,4	1,9
	Não	0	0	0	0
	Não sabe	0	0	0	0
Não sabe (4,6%)	Sim	0,8	0	1,1	1,9
	Não	0	0	0	0
	Não sabe	0,4	0	2,3	2,7
Subtotais	Sim	63,0	0,7	1,9	65,6
	Não	6,9	0,4	0	7,3
	Não sabe	21,0	0	6,1	27,1
TOTAL		90,9	1,1	8,0	100,0

* não aplicada a 9 entrevistadas (Tabela 37)

Tabela 41 - Necessidade de se submeter ao exame de Papanicolaou em ausência de sintomas, conforme alegação das 262 entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.

Respostas	f	%
Precisa fazer o exame	224	85,5
Não precisa fazer o exame	21	8,0
Não sabe se precisa	17	6,5
TOTAL	262	100,0

Tabela 42 - Opinião das respondentes sobre a possibilidade do exame de Papanicolaou falhar na detecção do câncer cérvico-uterino em fase inicial. São José dos Campos, SP, 1989.

Quando o ca.u.* está no início o exame de Papanicolaou:	f	%
-sempre acusa a doença	85	32,4
-pode falhar	128	48,9
-nunca acusa a doença	10	3,8
-Não sabe dizer	39	14,9
TOTAL	262	100,0

* ca.u. = câncer de útero

Tabela 43 - Opinião das respondentes sobre o significado de um primeiro exame de Papanicolaou positivo em mulheres que se submetem a este exame periodicamente (frequentemente). São José dos Campos, SP, 1989.

O câncer neste caso:	f	%
- está no começo	112	42,7
- pode estar adiantado	125	47,7
Não sabe dizer	25	9,6
TOTAL	262	100,0

Tabela 44 - Quando cada mulher deve fazer o exame de Papanicolaou, na opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

O exame de Papanicolaou deve ser feito	f	%
- periodicamente	200	76,3
- só quando o médico mandar	27	10,3
- só quando a mulher acha que precisa	18	6,9
- só uma vez na vida	17	6,5
TOTAL	262	100,0

Tabela 45 - Periodicidade do exame de Papanicolaou, na opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

Deve-se realizar o exame de Papanicolaou	f	%
- a cada 3 meses	5	2,5
- a cada 6 meses	28	14,0
- a cada ano	148	74,0
- a cada 2 anos	15	7,5
- a cada 3 a 5 anos	1	0,5
- não antes de 5 anos	0	0
Não sabe dizer	3	1,5
TOTAL	200	100,0

* Não aplicada a 62 (23,7%) respondentes (Tabela 44)

Tabela 46 - Opinião das respondentes sobre as consequências em não se submeter com frequência ao exame de Papanicolaou . São José dos Campos, SP, 1989.

Ficar muito tempo sem se submeter ao exame de Papanicolaou:	f	%
- pode prejudicar a saúde	195	79,6
- não tem problema com a saúde	11	4,5
Não sabe opinar	39	15,9
TOTAL	245*	100,0

* Não aplicada a 17 respondentes (Tabela 29)

Tabela 47 - Existência de uma época certa para iniciar os exames de Papanicolaou. Opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

A respondente alega que:	f	%
Há época		
É antes de começarem as regras	15	6,1
É enquanto a mulher tiver regras	70	28,6
É depois que pararem as regras	10	4,1
Não está relacionada às regras	16	6,5
Não sabe dizer	7	2,9
Não há época certa para começar	125	51,0
Não sabe se há época para começar	2	0,8
TOTAL	245*	100,0

* Não aplicada à 17 respondentes (Tabela 29)

Tabela 48 - Opinião das 262 respondentes sobre o início dos exames de Papanicolaou quanto à primeira relação sexual e à primeira gravidez (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989.

O primeiro exame de Papanicolaou		Quanto à 1ª gravidez			Total
		Antes	Depois	Não sabe	
Quanto à 1ª relação sexual	Antes	13,0	-	-	13,0
	Depois	13,0	63,8	1,1	77,9
	Não sabe	1,1	5,7	2,3	9,1
TOTAL		27,1	69,5	3,4	100,0

Tabela 49 - Opinião das respondentes sobre a existência de uma época para parar de fazer os exames de Papanicolaou. São José dos Campos, SP, 1989.

A mulher deve parar de fazer exames de Papanicolaou:	f	%
- quando as regras pararem de vir	7	2,7
- enquanto tiver regras	38	14,5
- não existe época certa para parar	85	32,4
Nunca deve parar	117	44,7
Não sabe dizer	15	5,7
TOTAL	262	100,0

Tabela 50 - Exames necessários para a detecção do câncer cérvico-uterino, conforme a opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

Para detectar o câncer de útero:	f	%
- basta o exame ginecológico	12	4,6
- basta o exame de Papanicolaou	46	17,5
- são necessários os 2 exames	192	73,3
Não sabe dizer	12	4,6
TOTAL	262	100,0

Tabela 51 - Confiança no resultado negativo do exame de Papanicolaou alegada pelas 262 entrevistadas. São José dos Campos, SP, 1989.

O exame negativo garante que não existe o câncer?	f	%
Sim	52	19,8
Não	172	65,7
Não sabe	38	14,5
TOTAL	262	100,0

Tabela 52 - Opinião das 262 respondentes sobre a presença de sintomatologia em caso de câncer de útero inicial. São José dos Campos, SP, 1989.

No início o câncer costuma "dar aviso"?		
	f	%
Sim	27	10,3
Não	55	21,0
Não sabe	180	68,7
TOTAL	262	100,0

Tabela 53 - Opinião das 262 respondentes sobre a ausência de sintomatologia nos casos de câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.

A mulher com câncer de útero pode não sentir nada?		
	f	%
Sim	50	19,1
Não	212	80,9
TOTAL	262	100,0

Tabela 54 - Opinião das 262 respondentes quando indagadas se fazer periodicamente o exame de Papanicolaou dá trabalho e se este trabalho é compensador (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989.

Dá trabalho estar repetindo o exame de Papanicolaou	Compensa o trabalho que dá?			Total
	Sim	Não	Não tem opinião	
Sim	25,9	0,8	-	26,7
Não	69,5	-	-	64,5
Não tem opinião	1,5	0,4	1,9	3,8
TOTAL	96,9	1,2	1,9	100,0

Tabela 55 - Respostas das 262 entrevistadas quando indagadas se têm medo de fazer o exame de Papanicolaou e/ou de saber o resultado (dados em porcentagem). São José dos Campos, SP, 1989.

Tem medo de fazer o exame	Tem medo de saber o resultado		Total
	Sim	Não	
Sim	42,8	8,4	51,2
Não	22,9	25,9	48,8
TOTAL	65,7	34,3	100,0

Tabela 56 - Crença no destino manifestada pelas 262 entrevistadas e sua opinião sobre um possível auxílio do médico, quando "o destino da mulher for ter câncer de útero". São José dos Campos, SP, 1989.

Crença no destino	"Se o destino for ter câncer de útero, adianta ir ao médico?"						TOTAL	
	Sim		Não		Prefere não responder			
	f	%	f	%	f	%		
Muita	27	10,3	3	1,2	1	0,4	31	11,9
Mais ou menos	128	48,7	5	1,9	1	0,4	133	51,0
Pouca	53	20,2	2	0,8	1	0,4	56	21,4
Nenhuma	34	13,0	5	1,9	2	0,8	41	15,7
TOTAL	242	92,2	15	5,8	5	2,0	262	100,0

Tabela 57 - O destino como causa do câncer de útero, na opinião das 262 entrevistadas, e sua relação com um possível auxílio do médico. São José dos Campos, SP, 1989.

"O destino pode ser a causa do câncer de útero?"	"Se o destino for ter câncer de útero, adianta ir ao médico?"						TOTAL
	Sim		Não		Prefere não responder		
	f	%	f	%	f	%	
Sim	26	9,6	2	0,8	2	0,8	30 11,2
Não	192	73,2	11	4,2	1	0,4	204 77,8
Prefere não resp	24	9,4	2	0,8	2	0,8	28 11,0
TOTAL	242	92,2	15	5,8	5	2,0	262 100,0

Tabela 58 - Necessidade do exame de Papanicolaou, mesmo que o câncer de útero seja uma doença sempre fatal na opinião das respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

"Todas as mulheres com ca.u.* acabam morrendo dessa doença"		Adianta fazer o exame de Papanicolaou?		f.	%
Concordam com a afirmação	Sim			191	72,9
	Não			16	6,1
	Não sabe			20	7,6
Não concordam com a afirmação				27	10,3
Não tem opinião				8	3,1
TOTAL				262	100,0

* ca.u. = câncer de útero

Tabela 59 - Opinião das entrevistadas sobre a própria saúde e seus cuidados com a saúde. São José dos Campos, SP, 1989.

A respondente:		Acha-se cuidadosa com saúde		
		Sim	Não	Total
Acha que goza de boa saúde	Sim	212	13	225
	%	(80,9)	(5,0)	(85,9)
	Não	26	11	37
	%	(9,9)	(4,2)	(14,1)
	TOTAL	238	24	262
	%	(90,8)	(9,2)	(100,0)

Tabela 60 - Conhecimento sobre câncer cérvico-uterino demonstrado pelas respondentes (média de pontos apresentada em VEM - Valor Escalar Médio). São José dos Campos, SP, 1989.

Grau de conhecimento sobre câncer de útero (em VEM)		f
10 ____ 20		2
20 ____ 30		5
30 ____ 40		0
40 ____ 50		19
50 ____ 60		48
60 ____ 70		31
70 ____ 80		41
80 ____ 90		68
90 ____ 100		48
TOTAL		262

Mediana = 76,3

Média = 72,9

s = 18,11

T₁ = 70,1

T₂ = 88,0

Tabela 61 - Conhecimento sobre o exame de Papanicolaou demonstrado pelas respondentes (média de pontos em VEM - valor es- calar médio). São José dos Campos, SP, 1989.

Conhecimento sobre o exame de Papanicolaou (em VEM)		f
20	____28	1
28	____36	4
36	____44	8
44	____52	19
52	____60	30
60	____68	42
68	____76	40
76	____84	63
84	____92	17
92	____100	38
TOTAL		262

Mediana = 76,0

média = 73,2

s = 16,27

T₁ = 61,2

T₂ = 84,5

Tabela 62 - Gravidade percebida para o câncer de útero, mensurada nas respondentes (média de pontos expressa em VEM - Valor Escalar Médio). São José dos Campos, SP, 1989.

Gravidade percebida (em VEM)	f
20 _____ 28	4
28 _____ 36	6
36 _____ 44	15
44 _____ 52	32
52 _____ 60	51
60 _____ 68	59
68 _____ 76	61
76 _____ 84	29
84 _____ 193	5
TOTAL	262

Mediana = 64,1

Média = 61,1

s = 14,28

T₁ = 54,2

T₂ = 71,8

Tabela 63 - Suscetibilidade percebida para o câncer de útero mensurada nas respondentes (média de pontos em VEM - Valor Escalar Médio). São José dos Campos, SP, 1989.

Suscetibilidade (em VEM)	f
15!____24	15
24!____33	12
33!____42	52
42!____51	63
51!____60	87
60!____69	20
69!____78	8
78!____87	2
87!____96	3
TOTAL	262

Mediana = 50,3

Média = 48,0

s = 12,87

T₁ = 41,2

T₂ = 55,2

Tabela 64 - Média de pontos (em VEM - Valor Escalar Médio) obtida nas respondentes para a variável Benefícios menos Barreiras percebidas no exame de Papanicolaou. São José dos Campos, SP, 1989.

(Benefícios - Barreiras)		f
(em VEM)		
36 ____42		2
42 ____49		4
49 ____56		6
56 ____63		19
63 ____70		29
70 ____77		53
77 ____84		88
84 ____91		50
91 ____97		11
TOTAL		262

Mediana = 78,4

Média = 76,1

s = 10,35

T₁ = 70,9

T₂ = 83,6

Tabela 65 - Média de pontos mensurada nas respondentes para o IAP (índice de Ameaça Pontencial) em relação ao câncer cérvico-uterino. Valores em VEM - Valor Escalar Médio. São José dos Campos, SP, 1989.

IAP (em VEM)	f
26!____32	3
32!____38	11
38!____44	26
44!____50	32
50!____56	58
56!____62	65
62!____68	47
68!____74	18
74!____80	2
TOTAL	262

Mediana = 55,7

Média = 54,5

s = 10,48

T₁ = 48,7

T₂ = 62,2

Tabela 66 — Conduta preventiva para o câncer cérvico uterino mensurada nas respondentes (média de pontos em VEM (Valor Escalar Médio)). São José dos Campos, SP, 1989.

Conduta preventiva (em VEM)	f
01____10	11
10____20	1
20____30	1
30____40	6
40____50	7
50____60	33
60____70	4
70____80	104
80____90	56
90____100	39
TOTAL	262

Mediana = 79,1

Média = 72,7

s = 20,78

T1 = 71,5

T2 = 85,3

Tabela 67 - Componentes do MCS e sua relação com o grau de conduta preventiva observado. Concordância com o grau de gravidade percebida no câncer de útero pelas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

		Gravidade Percebida			
Grau		Baixo	Médio	Alto	TOTAL
Conduta Preventiva	Baixo	47	33	29	109
	Médio	14	21	23	58
	Alto	28	33	34	95
TOTAL		89	87	86	262

Qui-quadrado contingência = 8,98; n.s.
 Conduta concordante diagonal= 38,9%
 Conduta concordante em grau baixo= 52,8%
 Conduta concordante em grau médio= 24,1%
 Conduta concordante em grau alto= 39,5%

Tabela 68 - Componentes do MCS e sua relação com o grau de conduta preventiva observada. Concordância com o grau de suscetibilidade percebida no câncer de útero pelas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

		Suscetibilidade Percebida			
Grau		Baixo	Médio	Alto	TOTAL
Conduta Preventiva	Baixo	49	36	24	109
	Médio	10	30	18	58
	Alto	25	31	39	95
TOTAL		84	97	81	262

Qui-quadrado contingência = 20,90; p < 0,001
 Conduta concordante diagonal= 45,0 %
 Conduta concordante em grau baixo= 58,3%
 Conduta concordante em grau médio= 30,9%
 Conduta concordante em grau alto= 48,1%

Tabela 69 - Componentes do MCS e sua relação com o grau de conduta preventiva observada. Concordância com o IAP (índice de Ameaça Potencial) mensurado nas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

		Índice de Ameaça Potencial			
Grau		Baixo	Médio	Alto	TOTAL
Conduta	Baixo	50	34	25	109
Preven-	Médio	13	22	23	58
tiva	Alto	24	28	43	95
TOTAL		87	84	91	262

Qui-quadrado contingência = 17,75; $p < 0,01$
 Conduta concordante diagonal = 43,9%

Conduta concordante em grau baixo = 57,4%
 Conduta concordante em grau médio = 26,1%
 Conduta concordante em grau alto = 47,2%

Tabela 70 - Componentes do MCS e sua relação com o grau de conduta preventiva observado. Concordância com os benefícios (benefícios - barreiras) percebidos no exame de Papanicolaou alegado pelas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

		Benefícios percebidos - Barreiras percebidas			
Grau		Baixo	Médio	Alto	TOTAL
Conduta	Baixo	37	31	41	109
Preven-	Médio	13	22	23	58
tiva	Alto	38	31	26	95
TOTAL		88	84	90	262

Qui-quadrado contingência = 6,56; n.s.
 Conduta concordante diagonal = 32,4%

Conduta concordante em grau baixo = 42,0%
 Conduta concordante em grau médio = 26,1%
 Conduta concordante em grau alto = 28,9%

Tabela 71 - Concordância entre o grau de conduta preventiva do câncer de útero e o grau de conhecimento sobre a doença mensurado nas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

Conhecimento sobre câncer de útero					
Grau		Baixo	Médio	Alto	TOTAL
Conduta	Baixo	33	46	30	109
Preven-	Médio	21	21	16	58
tiva	Alto	27	27	41	95
TOTAL		81	94	87	262

Qui-quadrado contingência = 12,07; $p < 0,02$

Conduta concordante diagonal = 36,3%

Conduta concordante em grau baixo = 40,7%

Conduta concordante em grau médio = 22,3%

Conduta concordante em grau alto = 47,1%

Tabela 72 - Concordância entre o grau de conduta preventiva do câncer de útero e o grau de conhecimento sobre o exame de Papanicolaou mensurado nas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

Conhecimento sobre exame de Papanicolaou					
Grau		Baixo	Médio	Alto	TOTAL
Conduta	Baixo	47	39	23	109
Preven-	Médio	12	14	32	58
tiva	Alto	24	30	41	95
TOTAL		83	83	96	262

Qui-quadrado contingência = 21,11; $p < 0,001$

Conduta concordante diagonal = 38,9%

Conduta concordante em grau baixo = 56,6%

Conduta concordante em grau médio = 16,8%

Conduta concordante em grau alto = 42,7%

Tabela 73 - Concordância entre o grau de conhecimento sobre o câncer de útero e o grau de conhecimento sobre o exame de Papanicolaou mensurado nas respondentes. São José dos Campos, SP, 1989.

Conhecimento sobre exame de Papanicolaou				
Grau	Baixo	Médio	Alto	TOTAL
Conheci- Baixo	38	31	12	81
to sobre Médio	23	29	42	94
ca.u* Alto	22	23	42	87
TOTAL	83	83	96	262

* ca.u. = câncer cérvico-uterino

Qui-quadrado contingência = 25,89; $p < 0,001$

Conduta concordante diagonal= 41,6%

Conduta concordante em grau baixo= 45,8%

Conduta concordante em grau médio= 34,9%

Conduta concordante em grau alto= 43,7%

Tabela 74 - Grau de conduta preventiva do câncer cérvico-uterino mensurado nas entrevistadas, distribuído conforme o grupo etário. São José dos Campos, SP, 1989.

Grupo etário (idade em anos)	Conduta (por grau)							
	Baixo		Médio		Alto		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
16l_26	29	55,8	13	25,0	10	19,2	52	100,0
26l_36	29	33,7	20	23,2	37	43,0	86	100,0
36l_46	30	42,2	18	25,4	23	32,4	71	100,0
46 ou +	21	39,6	7	13,2	25	47,7	53	100,0
TOTAL	109	41,6	58	22,1	95	36,3	262	100,0

Tabela 75 - Relação entre medo e suscetibilidade percebida ao câncer cérvico-uterino quando as entrevistadas foram classificadas conforme alegação de medo de vir a desenvolver o câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.

A entrevistada alegou ter:	Suscetibilidade em grau:						TOTAL	% sobre o total		
	baixo		médio		alto					
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Muito medo	15	21,2	21	29,6	55	49,3	71	100,0	-	27,1
medo + ou -	44	31,6	67	48,2	28	20,1	139	100,0	-	53,1
pouco medo	11	44,0	6	24,0	8	32,0	25	100,0	-	9,5
nenhum medo	14	51,9	3	11,1	10	37,0	27	100,0	-	10,3
TOTAL	84	32,0	97	37,0	81	31,0	262	100,0	-	100,0

Tabela 76 - Relação entre medo e conduta preventiva mensurada para o câncer cérvico-uterino quando as entrevistadas foram classificadas conforme alegação de medo de vir a desenvolver o câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.

A entrevistada alegou ter:	Conduta preventiva em grau:						TOTAL	% sobre o total		
	baixo		médio		alto					
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
muito medo	20	28,2	15	21,1	36	50,7	71	100,0	-	27,1
medo + ou -	60	43,3	35	25,2	44	31,6	139	100,0	-	53,1
pouco medo	10	40,0	5	20,0	10	40,0	25	100,0	-	9,5
nenhum medo	19	70,4	3	11,1	5	18,5	27	100,0	-	10,3
TOTAL	109	41,6	97	24,1	95	36,3	262	100,0	-	100,0

Tabela 77 - Relação entre medo e conhecimento do câncer cérvico-uterino mensurado quando as entrevistadas foram classificadas conforme alegação de medo de vir a desenvolver o câncer de útero. São José dos Campos, SP, 1989.

A entrevistada alegou ter:	conhecimento da doença em grau:						TOTAL	% sobre o total		
	baixo		médio		alto					
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
muito medo	20	28,2	22	31,0	29	40,8	71	100,0	-	27,1
medo + ou -	48	34,5	54	38,9	37	26,6	139	100,0	-	53,1
pouco medo	4	16,0	10	40,0	11	44,0	25	100,0	-	9,5
nenhum medo	9	33,3	8	29,7	10	37,0	27	100,0	-	10,3
TOTAL	81	30,9	94	35,9	87	33,2	262	100,0	-	100,0

8 - DISCUSSÃO

Apesar do grande desenvolvimento de meios de prevenção para muitas doenças e de muitas formas de conduta terem sido apontadas como favoráveis, ou mesmo indispensáveis, à manutenção da saúde, a maioria das pessoas apresenta comportamento (ou ausência de comportamento) potencialmente nocivo à saúde. Mesmo quando condutas favoráveis são divulgadas e/ou oferecidas, uma parte da população não desenvolve tais condutas (SIMON & DAS, 1984; HANSEN & RESICK, 1990; MAMON et alii, 1990). As ciências do comportamento têm feito uma contribuição significativa nesta área, estruturando modelos psicossociais que tentam predizer ou explicar por que pessoas aderem, ou não, às medidas para prevenção de sua própria saúde (KING, 1984).

Com o aumento da aceitação da importância dos fatores socio-psicológicos na saúde, iniciou-se uma corrida na elucidação dos modelos teóricos de comportamento em saúde, especialmente os de conduta preventiva, que foram propostos. Muitos desses modelos foram apresentados, mas um dos mais estudados tem sido o Modelo de Crenças de Saúde - MCS, de ROSENSTOCK (1974-A) (KING, 1984; QUAH, 1985; PRENTICE-DUNN & ROGERS, 1986), talvez por ser o modelo mais elaborado para estabelecer relações entre crenças de saúde das pessoas e os comportamentos de saúde (SIMON & DAS, 1984), ou porque seus componentes da percepção psico-social apontam pontos-chave

para intervenção e estratégias modificadoras de motivações, crenças e condutas ligadas à prevenção (EISEN et alii, 1985), ou ainda porque incorporam muitos aspectos de outros modelos (FINCHAM & WERTHEIMER, 1985).

As quatro dimensões, ou componentes, básicas do MCS levam a 2 variáveis maiores: o valor dado pelo indivíduo a certa meta, e a estimativa deste indivíduo sobre as possibilidades de que determinada ação conduza a essa meta (JANZ & BECKER, 1984).

As quatro dimensões propostas e já descritas, baseiam-se na percepção individual sobre dado problema de saúde medido pela suscetibilidade e gravidade percebidas no problema (ameaça potencial) e a relação de custo-benefício na ação preventiva proposta (benefícios menos barreiras percebidas).

Embora sem uma comparação direta, pois os trabalhos divulgados não enfocam o problema do câncer cérvico-uterino, os resultados obtidos no estudo do modelo foram coerentes com os da literatura. A maioria dos trabalhos tem-se preocupado com a consistência interna (validade) do MCS. Todos concordam com a relação existente entre suas dimensões e um relativo valor preditivo (MAIMAM & BECKER, 1974 ; HARRIS & GUTEN, 1979; FINCHAM & WERTHEIMER, 1985) ou explicativo de conduta. A explicação da conduta poderia ser usada como diretriz em programas ou estratégias educativas para tentar alterar crenças (JANZ & BECKER, 1984) ou conduta (SIMON & DAS, 1984; KING, 1984; PETOSA & WESSINGER, 1990; WEISSFELD et alii, 1990).

É interessante notar que estes estudos vêm sendo feitos por análise multivariada, correlação canônica, regressão múltipla estratificada ou diversos modelos de covariância (MAIMAN & BECKER, 1974; KING, 1984; QUAH, 1985; SIMON & DAS, 1985; CALNAN & RUTTER, 1986 e 1988; KAUFERT et alii, 1986; WEISSFELD et alii, 1990). Todos eles comprovaram a consistência do modelo, e por esta razão não parece necessário mais um estudo com a finalidade de comprovar tal fato.

A utilização da análise descritiva do modelo permitiu evidenciar detalhes de cada item utilizado para compor cada componente, o que pode servir para reformulação do instrumento em fases ou estudos posteriores. Representa também um rico material, com informações que podem ser utilizadas em programas educativos ou para conhecimento do referencial de crenças da população (o que será discutido em itens posteriores).

O uso de um método simples como o descritivo pode significar uma possibilidade de colocar parte dos estudos e interpretações do MCS ao alcance, praticamente, de todos os profissionais de saúde, permitindo uma divulgação mais rápida de seus resultados e a introdução de seu uso nos sistemas de saúde, sem necessidade de métodos sofisticados que necessitem interferência de técnicas e tecnologias raramente disponíveis nos níveis operacionais.

Dessa forma, não apenas os níveis operacionais seriam motivados a pesquisar e discutir parte dos resultados, mas os níveis centrais de pesquisa contariam com um número maior de

dados e diferentes parâmetros para enriquecer os estudos mais avançados do modelo.

Na prática, muitas outras relações podem surgir, já que nos serviços de saúde procura-se a participação do paciente (conduta), sendo as crenças e o conhecimento apenas meios utilizados para melhorar a participação nos programas de saúde.

No estudo do modelo, em nenhum dos trabalhos consultados foi apresentada a distribuição dos detalhes dos componentes, mas apenas as dimensões e suas relações, ou o modelo foi usado para preparar um instrumento sem definir a mensuração de seus componentes.

Embora KIRSCHT (1974-B) e ROSENSTOCK (1974-B) recomendem o uso da totalidade das dimensões ou componentes, geralmente tem sido usada a correlação multivariada como medida da interrelação entre os componentes do MCS.

CALNAN & RUTTER (1986), num estudo sobre crenças e conduta na prevenção do câncer de mama pelo auto-exame afirmam: "the relationships between beliefs and behaviors were much weaker than the model had led us to expect and accounted for no more than a quarter of the variances". No mencionado estudo a análise foi feita por regressão múltipla estratificada e o modelo foi usado para compor o instrumento, sem discriminar seus componentes. A quantificação foi feita por questão, em escores de um a cinco.

O problema do tratamento de escores como variáveis quantitativas de razão é uma questão conflitante que se pro-

curou evitar. Se os resultados obtidos no presente estudo, resgatando o caráter qualitativo dos componentes do modelo, forem confirmados em outros estudos com o MCS, haverá um amplo campo para procurar porque isto ocorre, através de análises mais complexas.

8.1 - O MCS: seus componentes e a conduta preventiva

Neste estudo, o grau de gravidade percebida apresentou pequena influência na conduta (Tabela 67). A proporção de pares concordantes foi apenas 38,9%. Embora alguns autores afirmem ser a gravidade muito associada à conduta, tais estudos não mediram especificamente a conduta preventiva, mas a conduta de doentes.

O grau de suscetibilidade percebida influenciou mais a conduta (Tabela 68), apresentando 45,1% de pares concordantes. A suscetibilidade tem sido apontada como uma das variáveis mais associadas à conduta (BECKER & MAIMAN, 1975; HARDING & O'LOONEY, 1984; CALNAN & MOSS, 1984; EISEN et alii, 1985; KING, 1984; PETOSA & WESSINGER, 1990).

O componente benefícios percebidos apresentou pouca ou nenhuma relação com a conduta preventiva mensurada, com apenas 32,4% de pares concordantes em grau (Tabela 70).

SIMON & DAS (1984) consideraram as barreiras como o componente mais ligado a uma "possibilidade de ação" em doenças venéreas. Também KING (1984), considerou barreiras/benefícios um componente importante na conduta preventiva de mo-

léstias cardíacas pelo controle da pressão arterial. As diferenças entre os estudos não sustentam uma comparação. Outros autores (CALNAN, 1985; CALNAN & RUTTER, 1986 e PRENTICE-DUNN & ROGERS, 1986) encontraram pouca ou nenhuma relação desta variável com a conduta em seus estudos, como foi o caso do presente trabalho.

Como a gravidade e a suscetibilidade percebidas e, principalmente, benefícios e barreiras são variáveis influenciadas pelo conhecimento, tanto da doença como do método preventivo, estudou-se também a influência destes dois fatores na conduta. As distribuições encontradas para estas variáveis estão nas Tabelas 60 e 61. As médias (em VEM) observadas nas duas variáveis são bastante próximas: 72,9 pontos para o conhecimento de câncer cérvico-uterino e 73,2 pontos para o conhecimento do exame de Papanicolaou.

A conduta preventiva parece ter sofrido influência dos dois tipos de conhecimento (Tabelas 71 e 72), embora em menor grau quanto ao conhecimento do câncer cérvico-uterino, apresentando, respectivamente, 38,9% e 36,2% de pares concordantes. Nestas duas tabelas pode-se observar, quando não foram considerados os pares de dados concordantes em grau, que a discordância acima da diagonal (graus de conhecimento maiores que os de conduta) foi maior que a discordância abaixo da diagonal (graus de conhecimento menores que os de conduta). No que se refere ao conhecimento de câncer cérvico-uterino, as porcentagens foram 35,1 e 28,6%, e no conhecimento do exame de Papanicolaou, 35,8% e 24,2%, respectivamente acima e

abaixo da diagonal, sugerindo um grau de conhecimento superior à conduta preventiva.

A relação entre conhecimento de câncer cérvico-uterino e conhecimento do exame de Papanicolaou apresentou 41,6% de pares concordantes, evidenciando certa relação entre eles (Tabela 73).

Estes resultados, evidenciando maior proporção de pares concordantes no conhecimento do exame, sugerem que a conduta parece estar menos influenciada por conhecimentos mais técnicos e sem utilização prática imediata, como o conhecimento da doença em si. As crenças, aparentemente, só se alteram no nível comportamental, só mudam parcialmente, ou lentamente.

A maior proporção de valores concordantes em grau aqui encontrada foi a relação suscetibilidade/conduta (45,1%).

Este resultado concorda com a afirmação de JANZ & BECKER (1984), de que cada componente do modelo está associado significativamente à conduta, e seu estudo evidenciará qual deles está mais associado a ela.

Algumas "inovações" foram introduzidas, o que poderia explicar parte destes resultados. Estas "inovações" já foram usadas e aprovadas em outros trabalhos, referentes, ou não, ao MCS, mas não num mesmo estudo. A primeira delas foi a confecção do instrumento com bases em conhecimentos populares e científicos, mas considerando sempre os conhecimentos e opiniões da população. Este tipo de abordagem não é rara - ape-

nas a pormenorização com que se apresentou o método preconizado por PIOVESAN (1985)*, pretendeu tornar esta fase exploratória mais uniforme em trabalhos semelhantes.

Na confecção do instrumento procurou-se a fluência da entrevista, embora isso apresentasse maior trabalho na compilação dos dados. As questões não foram apresentadas por grupos relativos aos componentes, nem foi utilizada sempre uma escala tipo Likert, como BECKER et alii (1977), STILLMAN (1977), SIMON & DAS (1984) e EISEN et alii (1985). Isso porque muitas crenças ou comportamentos "perdem" seu verdadeiro sentido quando a pergunta é formulada para uma escala de quatro a seis itens. Algumas questões tem, por natureza, uma resposta dicotômica, como, por exemplo: "A senhora acha o câncer de útero uma doença grave?" ou "A senhora já fez algum exame de Papanicolaou?". Questões deste tipo são melhor aceitas quando se aguarda a resposta natural - "sim" ou "não", para, só então, procurar-se a pormenorização.

Esta concepção da natureza da percepção resultou no enquadramento dos escores de cada componente em 3 níveis, conforme sua distribuição. Enquadrar em níveis não foi uma inovação. BECKER et alii (1977), apresentaram uma dicotomização de valores (baixo e alto), e STILLMAN (1977) e SIMON & DAS (1984) consideraram os componentes do MCS separadamente em graus baixo, médio e alto. Mas neste trabalho alterou-se o critério para delimitar os níveis: ao invés de usar um enqua-

* PIOVESAN, A.: Apontamentos de aula. FSP-USP, 1985.

dramento teórico (teoricamente, quem se enquadraria em cada nível), em todas as variáveis foi usada a própria distribuição para a divisão, exceto na conduta preventiva. Esta foi uma tentativa de contornar possíveis falhas de abordagem que não tivessem sido mensuradas em cada variável, até porque as crenças são fatores muito pessoais, e a pesquisadora acredita que, dificilmente, será possível criar um instrumento que envolva todos os componentes significativos para todas as pessoas. Ainda que isto fosse possível, o "peso" de cada componente variaria muito de pessoa para pessoa, bem como sua reação frente ao problema questionado.

Conforme esta linha de raciocínio, considerou-se que valores exatos nesta escala poderiam não corresponder à realidade do fato, mas apenas à realidade percebida no momento, mensurado pelas questões apresentadas - e o foco da gravidade ou da suscetibilidade da entrevistada estaria deslocado por diferença em sua escala individual de valores.

Embora o valor absoluto dessa mensuração possa ser contestado, como foram usadas questões diferenciadas em cada componente, cada entrevistada manteria, no final, uma "ordem aproximada" no valor mensurado, permitindo a formação de "blocos ordenados". Mesmo com este enfoque, os resultados gerais obtidos não foram muito diferentes dos encontrados em outros trabalhos (MAIMAN et alii, 1977; LANGLIE, 1977; CHAMPION, 1984; SIMON & DAS, 1984; EISEN et alii, 1985; e WEISSFELD et alii, 1990), apesar da simplicidade da apresentação e da manutenção da natureza intrínseca das variáveis.

É interessante notar que, ao comparar-se a proporção de pares concordantes em cada grau nas diferentes dimensões do modelo, foi encontrada uma maior concentração de pares concordantes nos graus alto e baixo, sendo que, sempre o grau baixo foi o que apresentou as maiores proporções. Tais valores foram: gravidade, 52,8% (e 38,9% no total); suscetibilidade, 58,3% (e 45,1% no total)(Tabelas 67 e 68); benefícios menos barreiras, 42,0% (e 32,4% no total)(Tabela 70). O mesmo ocorreu na relação conduta e conhecimento sobre o exame preventivo: 56,6% (e 38,9% no total)(Tabela 72), e conhecimento da doença e do exame preventivo :45,8% (e 41,6% no total)(Tabela 73).

Já na relação conduta e conhecimento da doença, embora a proporção concordante em grau baixo tenha sido mais alta que a porcentagem total de pares concordantes (40,7% e 36,3%, respectivamente), não foi a maior dos três graus- o que ocorreu no grau alto: 47,1% (Tabela 71).

Esta concentração de pares concordantes em grau baixo, que ocorreu em quase todas as variáveis envolvidas quando comparadas à conduta, parece indicar que o valor preditivo do modelo encontra-se mais nesta faixa, deixando um amplo campo para verificar porque isso ocorre.

O baixo valor preditivo de conduta pelo MCS, enfocado de várias maneiras, tem levado muitos pesquisadores a associar outros componentes ao MCS, na tentativa de melhorar seu valor preditivo. Esta é, inclusive, uma das recomendações de ROSENSTOCK (1974-B) e MAIMAN & BECKER, 1974). Os resultados

são promissores, mas pouco comparáveis, uma vez que cada pesquisador estuda uma doença sob um aspecto; nem sempre relacionada à comportamento preventivo; há estudos sobre participação em tratamentos de manutenção de saúde em pacientes com doenças crônicas, participação em tratamento curativo, etc. Há, ainda, estudos educativos que medem a "possibilidade de ação", uma vez que a ação não se concretizou, e muitas outras diferenças.

Entre os pesquisadores que sugeriram outras variáveis para associação com o MCS pode-se citar NEWELL et alii (1986), que propuseram um componente de atitude baseado em teorias de expectativa X valores; BECKER et alii (1977), que usaram componentes "despertadores de medo", também ligados à teorias de expectativa X valores; CALNAN (1985), que propôs o "locus" de controle e o MCS ligado à motivação geral da saúde; KING (1984), que defendeu o uso da "atribuição causal" do foco de estudo; QUAH (1985), que concluiu pela necessidade da inclusão de mais três variáveis: etnicidade, sexo e filiação religiosa; PRENTICE-DUNN & ROGERS (1986), que sugeriram uma associação com a "Protection Motivation Theory", a qual também se baseou no "despertar do medo" à doença; KAUFERT et alii (1986), que estudaram a mensuração do conceito de saúde e o valor desse conceito como expectativa de mudanças de conduta e LANGLIE (1977) que salientou a mensuração do "risco direto" de injúria à saúde.

Mesmo com o baixo valor preditivo até agora encontrado, o MCS parece continuar fascinando os pesquisadores de

comportamento em saúde. WEISSFELD et alii (1987) afirmaram que a confiabilidade dos índices de crença depende da idade, raça e sexo, quando então se tornam instrumentos para explicar a conduta. Este valor "explicador" já havia sido citado por KING (1984) e CALNAN e RUTTER (1986).

Mais recentemente, PETOSA & WESSINGER (1990) e WEISSFELD et alii (1990), defenderam o uso do modelo com sua análise descritiva, porque isto ajudaria a identificar variáveis úteis para intervenções educacionais. Esta é também a opinião de PASKETT et alii (1990) e LANGANA et alii (1990), que enfatizaram, ainda, a necessidade dos estudos de comportamento.

As observações do presente trabalho enfocando o lado explicativo do MCS e as variáveis úteis para intervenções educacionais encontradas, serão comentadas mais adiante (itens 8.3 e 8.4).

8.2 - Outras observações sobre a conduta preventiva do câncer cérvico-uterino.

As relações entre os componentes do MCS com a conduta preventiva estudada já foram detalhadas. Os resultados para o grupo estudado como um todo, indicaram que componentes mais subjetivos do modelo (gravidade e suscetibilidade) apresentaram maior concordância com a conduta preventiva. Indicaram também certa relação entre conhecimento de câncer cérvico-uterino e conduta em menor nível que no conhecimento do exame de Papanicolaou e conduta.

A suscetibilidade é considerada um dos componentes mais preditivos de conduta, mas é também o mais subjetivo dos componentes do modelo. A percepção da suscetibilidade é muito usada na "Motivation Protection Theory" e outras teorias semelhantes que associam medo à conduta, recebendo nestas teorias o nome de "vulnerabilidade".

As Tabelas 75 e 76 apresentam os resultados da associação entre o "grau" alegado de medo de vir a ter câncer de útero e o grau de suscetibilidade percebida, e o "grau" de medo e o grau de conduta preventiva.

A suscetibilidade aparece, até certo ponto, relacionada com o medo de desenvolver a doença (Tabela 75). Das entrevistadas que alegaram "muito medo", 49,3% pertenciam à classe de grau de suscetibilidade alto. Em contrapartida, 51,9% das que alegaram "nenhum medo", apresentaram suscetibilidade baixa. No grau baixo de suscetibilidade, as proporções de respondentes diminuem conforme o "grau" de medo (muito, mais ou menos, pouco e nenhum). Essa relação não é tão evidente no grau alto, onde as proporções de respondentes não acompanham diretamente o "grau" de medo, embora mantenham certo decréscimo.

A comparação efetuada entre conduta preventiva e medo de desenvolver a doença (Tabela 76) parece indicar uma relação maior. Das mulheres que alegaram "muito medo", 50,7% delas apresentaram conduta em grau alto, enquanto 70,4% das mulheres que alegaram "nenhum medo" apresentaram conduta em grau baixo. O "grau" de medo aparece relacionado a uma dimi-

nuição da proporção de mulheres com conduta alta, e a um aumento da proporção de mulheres com conduta baixa. Aparentemente, no entanto, a conduta baixa sofre mais influência da falta de medo (70,4%) do que a conduta alta do excesso de medo (50,7%).

A comparação entre medo de desenvolver a doença e conhecimento do câncer cérvico-uterino (Tabela 77) não apresentou estreita relação entre as variáveis. As proporções de mulheres nos diferentes "graus" de medo não foram muito diferentes, nem foi possível identificar uma possível tendência de aumento ou decréscimo dessas proporções nos diferentes graus de conhecimento. Isso indica uma possível não relação entre conhecimento e medo. Neste caso, como foi evidenciada relação entre conhecimento e conduta (Tabela 71), e entre medo e conduta (Tabela 76), a conduta considerada positiva estaria sendo mediada por diferentes fatores.

Estes dados sugerem que alguns fatores possam influir na conduta preventiva de forma indireta ou direta, formando uma equação difícil de formular.

QUAH (1985), WEISSFELD et alii (1987) e HIRST et alii (1990) postularam que a conduta encontra-se relacionada à idade. Ao procurar esta relação, encontraram-se evidências de que ela parece estar presente neste trabalho (Tabela 74). O grau de conduta observado diferiu nos grupos etários formados. As mulheres mais jovens (16 a 26 anos) apresentaram conduta em grau baixo em 55,8% dos casos e, em grau alto, em apenas 19,2%. A conduta em grau baixo diminui um pouco com a

idade, mas a conduta em grau alto tende a aumentar. A conduta em grau médio manteve uma proporção similar de mulheres nas tres primeiras faixas etárias, mas após os 45 anos caiu bruscamente (para 13,2%). Nesta faixa etária parece haver uma dicotomização: a conduta tende a ser alta ou baixa na grande maioria dos casos, sendo alta em 47,7% deles.

KIRCHT et alii (1966) mencionaram que as jovens acreditam menos em métodos preventivos, e este estudo evidenciou apenas 19,2% das mulheres mais jovens com conduta alta (Tabela 74). O pouco conhecimento e interesse por este tipo de exame, conforme relatado por CHARLTON (1983), também poderiam explicar a baixa porcentagem de conduta alta encontrada neste grupo.

RAKOWSKY & DENGIZ (1984), relataram que pessoas com idade mais avançada tendem a confiar mais fortemente na efetividade dos métodos preventivos que acreditam possam ser eficientes. Se tal observação se confirmar, esta seria uma possível explicação para o fato das mulheres mais idosas deste estudo terem apresentado uma conduta dicotomizada. Uma possível falta de confiança no método também coincide com o fato do grau baixo de conduta diminuir menos do que o aumento do grau alto, pois estas proporções não atingiram valores iguais ou superiores a 50%.

Este comportamento dos dados sugere, também, um tipo de conduta coerente com a delineada por SHARP et alii (1983), quando observou que nem a atitude nem os sintomas alteravam a utilização dos serviços de saúde pelos mais pobres, mas sim a

presença de sintomas considerados sérios o suficiente para a procura de serviços. Este "sintoma considerado sério" no câncer cérvico-uterino, aparentemente, encontra-se ligado, até certo ponto, ao aumento da idade.

A tentativa de explicar comportamentos através de modelos lógicos, lembra a frase de BEM (1973): "crenças, atitudes e valores parecem estar logicamente ligados, mas em alguns casos a lógica mais parece freudiana que aristotélica. É esta mistura de lógica e psico-lógica que constitui os fundamentos das crenças e atitudes".

8.3 - Outras implicações do estudo

A análise descritiva (Tabelas de 9 a 58) resultou em algumas observações muito ricas sobre a percepção das pessoas entrevistadas, tanto sobre "câncer de útero", quanto sobre o exame de Papanicolaou.

A opinião das respondentes sobre 13 fatores de risco, inclusive os obtidos no estudo exploratório, encontram-se na Tabela 9. Fatores de risco mais aceitos na literatura, como hereditariedade, paridade elevada, uso de anticoncepcionais e iniciação sexual precoce obtiveram cerca de 1/3 de respostas "não sei", assim como "sentar em lugar quente", uma crença popular bastante comum, recebeu 59,2% de respostas "não sei". As maiores porcentagens de respostas "não" foram encontradas na paridade elevada, em aspectos psíquicos e no "trabalho de macumba".

Tais resultados sugerem uma influência social na percepção dos fatores de risco. Condições socialmente "bem aceitas" (inclusive por fatores religiosos) receberam alta porcentagem de respostas "não" (ter muitos filhos, "vir de mãe para filha") assim como as crenças populares, geralmente mal vistas nos serviços de saúde (ter pensamento negativo, fazer trabalho de macumba). Por outro lado, atitudes socialmente "condenadas", foram consideradas fatores de risco. Fazer abortos, ter relações com muitos homens são, entre outros, exemplos destas atitudes. Respostas "socialmente esperadas" são um dos problemas deste tipo de estudo, citadas por JANZ e BECKER (1984), KRISTIANSEN & HARDING (1984) e HUNT & MACLEOD (1987).

É lógico pensar que a admissão de um fator etiológico como de risco, venha a aumentar a suscetibilidade de quem se sabe portador deste fator. Estas respostas "não" e "não sei" aos fatores mais corriqueiros, como o uso de anticoncepcionais, paridade elevada e idade da iniciação sexual, podem também significar que tais respostas possam traduzir a não aceitação psicológica de quem se sabe portador de um fator etiológico e, portanto, estar em risco (JANZ & BECKER, 1984; PRENTICE-DUNN & ROGERS, 1986).

Estas questões são extremamente delicadas, pois estão estreitamente ligadas a um histórico de vida nem sempre consciente. Segundo ROSENSTOCK & KIRSCHT (1974), BARTLET (1981), KING (1984), GREEN & BIRD (1986) e PARIJS (1986) as crenças de saúde, bem como os hábitos de saúde são formados na infân-

cia. Submeter-se a exames de saúde em ausência de sintomas e adotar medidas preventivas e de higiene fazem parte desses hábitos.

Na Tabela 10 observa-se que apenas 50,4% das respondentes afirmaram que não se "pega câncer" de outra mulher cancerosa, evidenciando possível estigma social por medo de contágio.

As Tabelas 7 e 11 indicam um possível conflito cultural: 74,4% das entrevistadas consideraram o câncer de útero uma doença "muito perigosa", mas na Tabela 11 vê-se que, quando comparada à outras doenças, não apresentou-se tão perigosa. A maioria das doenças indagadas para comparação foram consideradas mais graves que o câncer: tuberculose, AIDS, sífilis, ataque cardíaco, hipertensão e loucura; de igual perigo foi apontado o câncer da mama. Depreende-se pois que, um provável obstáculo ao exame de Papanicolaou é a posição do câncer de útero na "escala de perigo", apesar da alegação da doença ser "muito perigosa".

Uma possível razão para isso, talvez seja a crença de que o câncer de útero é sempre curável (25,2%) ou quase sempre é curável (57,3%) (Tabela 12). Estes dados, apresentam conflito com outros, apresentados na Tabela 58, onde 86,6% das entrevistadas concordaram com a afirmação de que "todas as mulheres com câncer de útero acabam morrendo dessa doença".

Para as entrevistadas, o maior "perigo" está no câncer "deixar defeitos" (o que foi alegado por 72,5% das entre-

vistadas), seguindo-se ser o câncer de útero uma doença "que mata" (68,7%) e "não tem cura" (54,2%) (Tabela 08).

Não há um consenso sobre este "defeito", mas há alta porcentagem de respostas afirmando que, uma vez instalada a doença, é preciso "tirar o útero" (Tabela 14) e, como consequência disso, a maioria das respondentes tem a crença de que a mulher "não vai levar uma vida normal sem útero" (Tabela 15). Esta "normalidade de vida" nem sempre foi associada à atividade sexual. Os dados sugerem que vida normal (43,5%) pressupõe atividade sexual normal (41,6%), porém, o que foi considerado vida "não normal" (48,9%) não está ligado apenas à atividade sexual "não normal" (5,8%) (Tabela 15).

O câncer cérvico-uterino parece não fazer parte da preocupação consciente da população (Tabelas 18 e 19), talvez porque 85,1% das respondentes (Tabela 17) estivessem em ausência de sintomas, e conforme BULLOUGH (1972) os sintomas são os melhores preditores de conduta e de suscetibilidade.

BULLOUGH (1972) e CALNAN & MOSS (1985) citam o fatalismo como uma das maiores barreiras aos comportamentos preventivos. Tal fatalismo, conforme BULLOUGH (1972); KRISTIANSEN & HARDING (1984); CALNAN (1985) e HUNT & MACLEOD (1987) seria uma consequência da "cultura da pobreza", quando o indivíduo não se sente responsável por sua saúde ou não se percebe com possibilidades de evitar desconfortos. Numa rápida síntese, a consequência seria a procura de ajuda (quando há procura) só quando o desconforto é muito grande, e então "o médico será o responsável pelo alívio".

Os resultados obtidos indicam observações coerentes com certo grau de fatalismo: 48,1% das entrevistadas consideram que o câncer de útero "se tiver que dar, dá mesmo" (Tabela 20). Mas 91,3% dessas mesmas mulheres, acham que devem "procurar o médico" (Tabela 21). Já, 48,5% acham que a doença pode ser evitada e devem procurar o médico. "Socialmente esperada" ou não, nenhuma das entrevistadas respondeu que "fechar o corpo" é medida preventiva para o câncer. Tal resposta condiz com a realidade empírica observada, ou seja: falta de mentalidade preventiva. O corpo pode ser "fechado" contra coisas abstratas, coletivas, como mau olhado, inveja ou azar. Porém as doenças são concretas e individualizadas. A pesquisadora também desconhece a macumba ou o benzimento preventivos específicos - só conhece os curativos.

Quando indagadas se o médico pode "ensinar como evitar a doença", 91,7% das entrevistadas responderam que sim (Tabela 22), mas pelas respostas anteriores (Tabelas 20 e 21), não há muita credibilidade neste ensinamento, já que 48,1% acreditam que "se tiver que dar, dá mesmo".

Uma provável barreira aos problemas ginecológicos em geral é a vergonha de fazer exame ginecológico que mais da metade das entrevistadas (58,4%) alega ter (Tabela 27). Mas 41,6% só sentem embaraço se o médico for do sexo masculino. Apesar disso, admitem que devem procurar o médico (90,5%), que a doença não pode ser diagnosticada sem exame (80,1%) e ainda 89,7% admite algum grau de medo em vir a desenvolver câncer de útero (Tabelas 23, 24 e 25).

Acreditam ainda que o câncer de útero só pode ser detectado pela prática do exame de Papanicolaou associado ao exame ginecológico (Tabela 50), já que, apenas 17,5% confiam no resultado do exame de Papanicolaou isoladamente.

A maioria (93,5%) já fez pelo menos um exame de Papanicolaou, experiência esta que aumentou conforme a idade (Tabela 29). As 17 respondentes que nunca se submeteram ao exame de Papanicolaou alegaram "não saber que devia fazer o exame", "vergonha" ou "outro motivo".

Os dados das Tabelas 38 e 39 são representativos, pois 66,8% das entrevistadas atribuem seus conhecimentos sobre o exame Papanicolaou exclusivamente ao médico e 79,7% ao médico e outra(s) pessoa(s), com uma diferença de apenas 12,9%. Conhecendo o serviço onde os dados foram colhidos, é fácil verificar que a maioria dos funcionários estava preparada para fornecer estas informações e, possivelmente, as forneceu. Mas a população, conforme sugerem os dados, não estava preparada para assimilar informações de saúde de outros profissionais de saúde além do médico. Esta observação reforça as recomendações de ADEMUWAGUM (1974), ROBERSON (1987), TAYLOR & KELNER (1987), ZIFFER et alii (1987) e HANSEN & RESICK (1990) sobre a necessidade de preparar os médicos para respeitar as crenças de seus pacientes, integrar-se no contexto preventivo e reforçar as orientações de outros profissionais de saúde da equipe.

As entrevistadas (Tabelas 40 e 41) admitiram a necessidade do exame de Papanicolaou (86,0%) e 92,8% alegaram que

o exame tem como finalidade evitar o câncer de útero, além de descobri-lo no início (65,6%) e descobrir outras doenças (90,8%).

No entanto, admitiram também alta porcentagem de falha no exame (Tabelas 42, 50 e 51). Apenas 32,4% alegaram acreditar no resultado do exame, e somente 17,6% têm a crença de que este exame sozinho pode detectar o câncer cérvico-uterino. Tal crença pode representar uma séria barreira ao rastreamento, já que a confiança demonstrada pela população em estudo neste método de prevenção diagnóstica parece ter sido pequena.

KNOFF (1976) e FINCHAN & WERTHEIMER (1985) enfatizaram a necessidade de melhorar os conhecimentos sobre as crenças existentes a respeito do câncer. HARDING & O'LOONEY (1984) num estudo sobre crenças a respeito de nove doenças numa mesma população, salientaram que cada doença apresenta um perfil típico de crenças, e que conhecer estas crenças é fundamental como primeiro passo educativo.

Apesar de responder que o câncer de útero tem cura, 65,7% das entrevistadas alegaram medo de saber o resultado do exame, e 42,8% receiam tanto submeter-se ao exame quanto saber o resultado (Tabela 55). Essas mesmas mulheres, que no início da entrevista (Tabela 12) afirmaram acreditar que o câncer de útero, em fase inicial, sempre ou quase sempre tem cura (25,1 e 57,2%, respectivamente), concordaram (86,8%) com a afirmativa de que "todas as mulheres com câncer de útero acabam morrendo dessa doença" (Tabela 58), e 68,7% alegaram

(Tabela 08) que a doença é grave porque é fatal. Apesar disso, a maioria afirmou que "adianta" fazer o exame de Papanicolaou (Tabela 56).

As crenças das mulheres que frequentavam os Serviços de Saúde da Prefeitura Municipal de São José dos Campos em 1989 apresentaram, portanto, certos pontos de conflito que necessitariam ser melhor estudados. Os mais sugestivos são a baixa confiabilidade num exame que alegam ter "efeitos preventivos", os "defeitos" deixados pela doença (que alegam ser curável, na maioria dos casos, mas que acaba matando) e a relação medo/conduita preventiva no câncer cérvico-uterino.

As questões que possibilitaram evidenciar estes conflitos, nem sempre foram utilizadas para compor dimensões diferentes do MCS e, por isso, podem ser uma possível causa da variação não explicada no modelo, que tanto tem incomodado os pesquisadores quando do uso de métodos mais sensíveis. Estas crenças em conflito poderiam sustentar, até mesmo, a hipótese de que possam exercer influencia no baixo valor preditivo do modelo.

No entanto, estes conflitos não podem ser ignorados, até porque fazem parte de cada indivíduo, de sua dualidade entre a expectativa e o conhecido. Como trabalhar estes conflitos dentro de uma mensuração é um desafio que a pesquisadora não se atreveu a abordar, tanto porque o estudo não foi delineado para tanto, como porque este fato não foi mencionado em nenhum trabalho sobre ou com o MCS.

8.4- Contribuições para programas educacionais

Logo na primeira tabela (Tabela 01) encontram-se os dados indicando que, das 300 entrevistadas, três (1,0%) alegaram "nunca ter ouvido falar" em câncer de útero, e 5 (1,7%) nunca terem "ouvido falar em exame preventivo, de Papanicolaou ou de lâmina". Isso soma 2,7% da amostra indicando uma provável proporção de mulheres que estariam fora de um controle preventivo por ignorarem a moléstia ou o meio de prevenção. Somando-se a essas respondentes, as 7 (2,3%) que alegaram nunca terem se submetido ao exame porque não sabiam que deveriam fazê-lo (Tabela 36), tem-se 5,0% da amostra. Esses dados sugerem que a cobertura sobre o programa de rastreamento não foi suficiente, não foi uniforme ou não se manteve, pois essas mulheres foram entrevistadas dentro do serviço de saúde. Pouca vontade, porque "não gostam de falar no assunto", também poderia justificar parte dessas respostas.

Os resultados das Tabelas 24 a 28 indicaram uma orientação sobre o valor do médico, seu papel na prevenção do câncer de útero e a nomenclatura usada: a totalidade das entrevistadas conhece o exame por "preventivo do câncer", e apenas 42,0% o conhece como exame de Papanicolaou (Tabela 29). Na Tabela 31 vê-se que 59,2% das mulheres que se submeteram ao exame, não se lembraram da época aproximada do último exame.

No entanto, as informações comumente fornecidas por campanhas educativas tiveram alto índice de acerto: a mulher precisa fazer o exame de Papanicolaou mesmo sem sentir nada

anormal (86,0%, Tabela 41), o exame previne o câncer (93,5%, Tabela 40), o exame deve ser feito periodicamente (76,3%, Tabela 44) e a cada 6 meses ou 1 ano (88,0%, Tabela 45) e "ficar sem fazer o exame pode prejudicar a saúde" (79,6%, Tabela 46). A periodicidade citada nas Tabelas 44 e 45 torna-se impossível para quem não sabe a época do último exame (59,2% das mulheres, conforme Tabela 31).

As respondentes também não puderam indicar uma época da vida para iniciar os exames de Papanicolaou (Tabela 47), mas 69,5% alegaram ser depois da primeira gravidez (Tabela 48).

Nas Tabelas 71 e 72 observou-se a concordância entre grau de conduta preventiva e grau de conhecimento do câncer de útero e de exame de Papanicolaou, respectivamente. Em ambas as tabelas nota-se grande concentração de respostas nos graus baixo e alto discordantes em conhecimento e conduta, indicando um nível de conhecimento superior ao de conduta preventiva. Não se pode dizer que o conhecimento determine conduta, e é até possível que o interesse por saúde induza a busca de conhecimento; no entanto, e sem esperar que os resultados sejam altamente positivos, um programa educativo deveria ser iniciado melhorando os pontos falhos dos conhecimentos existentes.

Assim, seriam contemplados os pontos onde se observou falhas no conhecimento considerado correto: quando se deve iniciar os exames, sua não relação com a gestação, os aspectos positivos dessa prevenção diagnóstica, o fato da doença

em questão não "dar avisos" (Tabela 52), a periodicidade desejada no programa e os procedimentos para obtenção do exame. Possivelmente, estas informações seriam bem aceitas, pois 51,9% das entrevistadas admitiram conhecer pouco sobre o exame em questão, e 39,4% consideraram seu conhecimento "mais ou menos" (Tabela 37).

Este maior grau de conhecimento "técnico", sem conflitos com crenças já existentes poderia auxiliar no aumento da proporção de mulheres com conduta preventiva alta (HIRST et alii (1990)); é possível também que influencie o conflito íntimo exposto nas Tabelas 48 e 55, quando as respondentes consideraram que fazer o exame não dá trabalho, mas tem medo, tanto de submeter-se ao exame quanto de saber o resultado. Poderia, ainda, estimular algumas mulheres interessadas em procurar o exame, mesmo que apenas por curiosidade ou, conforme o grupo, por pressão social (HUNT & MACLEOD, 1975; LANGLIE, 1977; SIMON & DAS, 1984 e LANGANA et alii, 1990).

Outra crença a ser estimulada seria a confiança no exame de Papanicolaou. Apesar dos problemas de falsa-negatividade (LYNGE & POLL, 1986; TAYLOR et alii, 1987; DECKERT et alii, 1988; GILES et alii, 1988; TAWA et alii, 1988; KOSS, 1989; WOODMAN et alii, 1989), os programas de rastreamento de câncer cérvico-úterino devem ser melhor orientados, para aumentar o grau de confiabilidade nos resultados e divulgar melhor a história natural da doença (BOYES, 1985; CHAVES, 1985; BRINTON & FRAUMENI Jr., 1986; SINGER, 1986; FAERSTEIN, 1987 e LUTHRA et alii, 1987) que é a base deste tipo de

programa.

Apesar dos problemas técnicos da coleta do material, especialmente em mulheres mais idosas (BROCK et alii, 1986; WEINTRAUB et alii, 1987; WHEAT et alii, 1988; AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, 1989; CELENTANO et alii, 1989) e dos problemas de leitura de lâminas poderem levar a um alto índice de falsos negativos (DE LIA & SCHUMAN, 1985; KOSS, 1989; LUNDBERG, 1989; MCCORMICK, 1989), tais assuntos devem ser resolvidos em âmbito interno do serviço, com um programa educacional próprio para pessoal de saúde. Os médicos, em especial, deveriam ser alertados para o risco social que estimulam ao desacreditar, frente à paciente, resultados que ela desconhece porque estão sendo rejeitados. Isso acontece, geralmente, porque muitos desses profissionais apenas admitem uma coleta de material com resultados confiáveis se feita por ginecologistas. Talvez fosse uma boa estratégia convencê-los a participar, como professores, de um programa de treinamento de pessoal de enfermagem para coleta do material.

Um outro aspecto que precisa ser enfocado são as crenças "em conflito", já citadas anteriormente. Não bastará, por certo, a simples informação. As respondentes, em 90,8% dos casos, consideraram-se "cuidadasas com a própria saúde" (Tabela 59). Portanto, estas crenças devem estar em nível não consciente, sendo superpostas pelo que foi aprendido (ou decorado) como certo, e só se pode detectá-las através de jargões populares que ainda não foram utilizados em campanhas educacionais.

Os "conflitos de crenças" fazem parte de qualquer programa onde se pretenda mudanças de comportamento. O MCS mostrou-se um bom instrumento para identificar conflitos de crenças e falhas de conhecimento.

A estratégia educativa sugerida até aqui, foi de encorajar condutas de saúde positivas e estimular a crença nos benefícios da conduta desejada, tal como foi proposto por KIRSCHT (1974-A), HOCHBAUM (1979) e RUFFING (1979).

É praticamente impossível fazer-se contribuições concretas para programas educacionais, especialmente visando mudanças de comportamento em saúde, sem lembrar as duas grandes linhas de pensamento sobre a estratégia a ser adotada para tentar promover a mudança desejada: a necessidade, ou não, de "despertar o medo" das pessoas. Este problema está intimamente ligado à forma como serão divulgados os riscos específicos a determinadas condições de saúde. É certo que as pessoas tem o direito de conhecer os riscos a que estão expostas (SLOVIC, 1986 e 1987) mas é certo também, que há várias formas de informar as pessoas sobre os riscos.

Alguns pesquisadores recomendam despertar o medo da doença (KIRSCHT et alii, 1966; LEVENTHAL et alii, 1983; FINCHAN & WERTHEIMER, 1985; PARIJS, 1986; PRENTICE-DUNN & ROGERS, 1986; SLOVIC, 1987) enquanto outros defendem a ideia de que a melhor estratégia educativa é despertar a necessidade do bem-estar (ADEMUWAGUM, 1972; HOCHBAUM, 1979; RUFFING, 1979; LANGANA et alii, 1990).

Este estudo não propõe estratégias, mas detectou uma necessidade de melhorar o conhecimento da população sobre os fatores de risco do câncer cérvico-uterino (Tabela 9). Este conhecimento seria importante para conscientizar as pessoas, possibilitando que se enquadrassem como pessoas em risco, o que se supõe leve a um aumento da suscetibilidade. É preciso enfatizar, na educação, que os grupos de risco estão ligados à iniciação sexual precoce, à atividade sexual propriamente dita (WRIGHT & RIOPELLE, 1984; BENMDURA et alii, 1985; COPLESON, 1985; MEANWELL et alii, 1988; e MAMON et alii, 1990), a um maior número de partos (BRINTON et alii, 1989; e HERRERO et alii, 1990), ao número de parceiros durante a vida toda (GUIJON et alii, 1985; NOLLER et alii, 1987 e MANT et alii, 1988), ao número anterior de parceiros do companheiro (TRIGAUX & ROBYN, 1986; ZUNZUNEGUI et alii, 1986; MANT et alii, 1988; FREITAS, 1989), ao herpes genital e outras viroses sexualmente transmissíveis (ANDERSON, 1977; WINKELSTEIN JR. et alii, 1984; PEJOVIC & THUAIRE, 1986; ORIEL, 1988; HERRERO et alii, 1990), e hábitos de higiene, incluindo o fumo (BRINTON et alii, 1986; FREITAS, 1988; HERRERO et al, 1989).

A juventude (SADEGHI et alii, 1984; WRIGHT & RIOPELLE, 1984; CARMICHAEL & CLARCKE, 1986; RAYMOND, 1987) e a velhice ou a interrupção da atividade sexual (REISENBERG, 1986; BUTLER, 1988; CELENTANO, 1988; BARRY & KATZ, 1989; YOUNG & TREVAN, 1990) não são elementos para exclusão do rastreamento. Apesar disso, 51,0% das entrevistadas alegaram que não há

época para iniciar a fazer exames de Papanicolaou (Tabela 47) e apenas 44,7% consideram que não se deve deixar de fazer os exames com a idade (Tabela 49).

A maioria dos fatores de risco enquadram o câncer cérvico-uterino como possível doença sexualmente transmissível (WRIGHT & RIOPELLE, 1984; TRIGAUX & ROBIN, 1985; SLATTERY et alii, 1989) e o estigma desse tipo de doença (SIMON & DAS, 1984) pode levar a sérios problemas dentro da família. É, portanto, uma abordagem que deve ser feita com os cuidados que o assunto merece.

Problemas de saúde envolvendo diretamente o coito, como no caso do câncer cérvico-uterino, são sempre difíceis de serem divulgados em larga escala, embora sejam relativamente fáceis de serem abordados em pequenos grupos. Quando estão envolvidos o passado e o presente sexual de ambos os parceiros, um componente viral que pode apresentar longo período de latência (ZUNA, 1984) e componentes de suscetibilidade individuais não totalmente esclarecidos (GRUBB, 1985; KADISH et alii, 1986 e SLATTERY et alii, 1989), a abordagem para leigos de todos estes fatores é um desafio aos educadores.

8.5 - Considerações Finais

Em 1984, CHAMPION criticou o uso da estatística elementar para estudos de crenças com o uso de uma estrutura múltipla como o MCS. O uso do computador tornou possível uma análise detalhada da robustez do modelo e confirmou sua vali-

dade ou consistência interna através de muitos estudos (citados no início deste capítulo).

Alguns problemas, já constantes de sua proposição inicial, no entanto, continuam existindo até o momento: o MCS continua sendo a estrutura mais flexível e completa para o estudo de crenças de saúde, mas seu valor preditivo de conduta tem sido baixo; cada estudo é apresentado com um instrumento e a estrutura do modelo não diz se os componentes do modelo devem ser correlacionados, multiplicados ou interados (KIRSCHT, 1974-B; CALNAN, 1985). Ainda é obscuro o caminho crença/conduta, pois não se pode precisar quem se altera primeiro (KIRSCHT, 1974-A; CALNAN, 1984 e CALNAN & RUTTER, 1986).

WEISSFELD et alii (1990) enfatizaram que o problema com crenças não está na falta de resultados estatisticamente significantes, mas na presença de resultados que ultrapassam nosso poder de interpretação e, portanto, o uso de métodos estatísticos mais válidos, ainda que menos sensíveis, tornam-se desejáveis.

O presente estudo voltou-se à estatística "elementar" como forma de apresentação destes dados, face ao desenvolvimento das ciências sociais, especialmente as ciências do comportamento, esperando que estas tragam subsídios para explicar algumas das crenças encontradas. A pesquisadora procurou, também, seguir a orientação da OMS (1980) quando preconizou que a pesquisa deveria ser desmitificada e integrada, e as pessoas envolvidas no sistema de saúde deveriam ser en-

corajadas a fazê-la.

Este método de apresentação das variáveis em três "graus" é de fácil interpretação e não necessita técnicas sofisticadas. A estatística descritiva é de fácil entendimento, e pode evidenciar rapidamente relações que possam ser estudadas por métodos mais sensíveis e robustos.

Foi intenção da pesquisadora criar, através desta abordagem, um "ponto de partida" para programas de mudança de conduta de saúde em larga escala. A partir deste "ponto", fixado no primeiro levantamento, os critérios da divisão em graus ficariam estabelecidos para todas as variáveis em estudo. Avaliações posteriores, a cada etapa, mostrariam qual componente, ou componentes, do modelo estariam se alterando com a ação de saúde ou educativa. Uma análise descritiva poderia identificar, até mesmo, alguma crença específica que se está modificando e até onde é possível alterá-la. E verificar se a conduta também está mudando na comunidade. Esta participação na pesquisa tornaria possível o trabalho com amostras diferenciadas, ficando a parte estatística e metodológica, mais técnicas, a cargo de pessoas com formação para tanto.

ROSENSTOCK (1974-B) chama a atenção para o fato dos programas educacionais serem sempre de natureza experimental e necessitarem de avaliação para verificar qual o valor que as pessoas atribuem ao que foi aprendido. O MCS, por estar relacionado ao valor dado às ações de saúde pelo usuário, pode ser um instrumento útil para esta avaliação.

O processo de mudança de comportamento não é rápido como gostariam os implicados no processo, mas passa por diferentes estágios: contemplação, determinação e manutenção do comportamento, os quais envolvem um processo adaptativo (SHARP et alii, 1983; HUNT & MACLEOD, 1987). Poder contar com um modelo deste tipo para verificar estes estágios seria um importante passo.

O tipo de relação proposta neste trabalho evidencia na relação crença/conduto preventiva uma maior contribuição do componente suscetibilidade (45,1% de pares concordantes em grau)(Tabela 68), e indica maior concentração de pares concordantes nos graus mais baixos de crença e conduta preventiva (Tabelas 67 a 73). Uma suposta razão para tais resultados poderia ser feita com um paralelo das observações de WEISSFELD et alii (1990) sobre os baixos níveis de conceitos sobre saúde manifestada pelos menos favorecidos. Isso indicaria, segundo os mencionados pesquisadores, limitações potenciais das atividades de educação comunitária em saúde dirigidas aos pobres, quando se limitarem simplesmente a incentivar atitudes de saúde.

Nesses anos todos em que o MCS vem sendo estudado, sua capacidade relativa em "prever" comportamentos preventivos tem desafiado os investigadores. KING (1984) salienta que a maioria das pesquisas realizadas negligencia a área relativa aos fatores determinantes das crenças de saúde. Para ele, os fatores causais (castigo, culpa, maldição, etc) que cada

indivíduo atribue a cada doença podem criar dificuldades para a cooperação em ações favoráveis à saúde. Tais crenças, por estas atribuições causais "distorcidas" sobre o ponto de vista profissional, não seriam crenças irracionais, mas racionalizadas, podendo tornar-se um modelo folclórico de crença.

QUAH (1985) considera os aspectos das atitudes que, geralmente, tem suas raízes em valores culturais e religiosos, mais importantes do que os fatores estruturais (condições ambientais), quando considerados como possíveis fatores explicadores de comportamentos preventivos em saúde.

Na realidade, nenhum autor, inclusive a pesquisadora, estudou ou propôs variáveis concernentes ao conceito de comportamento de saúde que norteou a construção do MCS, e que corresponde, basicamente, ao desejo de cada pessoa em evitar doenças ou sentir-se bem, devendo, para isso, valorizar as ações de saúde que os profissionais consideram positivas.

Trabalhou-se, sempre, sem atentar para o detalhe de haver-se escolhido um modelo filosoficamente estruturado sob a premissa de que as pessoas, em todas as suas dimensões psicológicas, desejam estar com saúde e prevenir-se das doenças, e quando se lhes é fornecido um meio de prevenção em que possam confiar elas participarão dele. As doenças degenerativas e as de origem psicossomática não demonstram que estes fatores sejam comuns a todas as pessoas (SULS & RITTENHOUSE, 1987; BOWERS, 1987).

Talvez o desejo de vida seja uma defesa da auto destruição, talvez um lado obscuro comande muito mais o compor-

tamento humano do que tem sido comumente admitido. Se assim for, um outro componente psíquico necessitará ser incorporado a esta estrutura lógica que compõe o MCS (LUDWIG et alii, 1990). A pesquisadora espera que a simplificação e a abordagem aqui propostas possam acelerar os estudos, contribuindo para obter, mais rapidamente, algumas das respostas às várias questões relativas a crenças e condutas de saúde.

9 - CONCLUSÕES

9.1 - O instrumento elaborado forneceu dados consistentes para verificar as crenças sobre o câncer cérvico-uterino das mulheres da população estudada e identificar algumas variáveis que interferiram na conduta preventiva.

9.2 - Os resultados obtidos na relação MCS (Modelo de Crenças de Saúde) e conduta preventiva do câncer cérvico-uterino foram, em magnitude, coerentes com a bibliografia, e apresentaram as seguintes características:

9.2.1 - A variável suscetibilidade esteve mais relacionada com a conduta que a variável gravidade percebida.

9.2.2 - A variável benefícios-barreiras apresentou pouca ou nenhuma relação com a conduta preventiva.

9.3 - Não foi identificada relação significativa entre o MCS e a variável conhecimento do câncer cérvico-uterino, e foi identificada uma relação modesta entre MCS e conhecimento do exame de Papanicolaou; ambas as variáveis apresentaram relação com a conduta preventiva do câncer cérvico-uterino.

9.4 - A análise descritiva das crenças possibilitou identificar falhas e conflitos entre as crenças utilizadas para compor cada dimensão do MCS.

9.5 - Foram identificadas variáveis que podem subsidiar futuros programas educativos. O instrumento e o MCS mostraram-se úteis para explicar crenças e identificar conhecimentos falhos, falsos ou em conflito.

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADEMUWAGUM, Z.A. - Information and motivation in health education. J. Hlth. Educ., 31(3):58-61, 1972.
- ADEMUWAGUM, Z.A. - The challenge of health education, methods and techniques in developing countries. J. Hlth. Educ., 33(1):13-21, 1974.
- ADORNO, F.R. - Estudo de alguns fatores relacionados com a ocorrência de prole numerosa. Pesquisa realizada em uma população de mulheres pobres. São Paulo, SP, Brasil, 1983. Dissertação de Mestrado. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1985.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. CLINICAL PRACTICE COMMITTEE - Screening for cervical carcinoma in elderly women. J. Amer. geriat. Soc., 32(9):885-7, 1989.
- ANDERSON, B. - Management of early cervical neoplasia. Clin. Obst. Gynec., 20(4):815-31, 1977.
- AQUINO, E.M.L.; CARVALHO, A.I. et al. - Situação atual da detecção precoce do câncer cérvico-uterino no Brasil. Cad. Saúde Publ., 2(1):53-65, 1986.

BARBOSA, R.B.; BARBOZA, O. & RAMOS, A.N. - Câncer cérvico-uterino - um problema de saúde pública. J. bras. Ginec., 26(7):305-8, 1986.

BARRY, P. & KATZ, P.R. - On cancer screening in the elderly. J. Amer. geriat. Soc., 37(9):913-4, 1989.

BARTLETT, E. - The contribution of school health education to community health promotion: What can we reasonably expect? Amer. J. publ. Hlth., 71(12):1384-91, 1981.

BEARDOW, R.; OERTON, J. & VICTOR, C. - Evaluation of the cervical cytology screening programme in an inner city health district. Brit. med. J., 299(6691):98-104, 1989.

BECKER, M.H. & MAIMAN, L.A. - Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med. Care, 13(1):10-24, 1975.

BECKER, M.H.; MAIMAN, L.A. et al. - The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment. J. Hlth. Soc. Behav., 18(6):348-66, 1977.

BEM, D.J. - Convicções, atitudes e assuntos humanos. trad. C.M.Bori. São Paulo, EPU, 1973.

BENMOURA, D.; SPERANDEO, D. & DUPREZ, D. - Dépistage cervical et surveillance du col avant vingt ans. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 15(1):63-71, 1986.

BOYES, D. - A experiência mundial no controle do câncer cérvico-uterino e de mama. Tendências e problemas. Rev. bras. Cancerol., 31(3):179-84, 1985.

BRASIL. - Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. - Estatísticas de mortalidade, Brasil 1980. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

BRINTON, L.A. & FRAUMENI Jr., J.F. - Epidemiology of uterine cervical cancer. J. chron. Dis., 32(12):1051-65, 1986.

BRINTON, L.A.; REEVES, W.C. et al. - Parity as a risk factor for cervical cancer. Amer. J. Epidemiol., 130(3):486-96, 1989.

BRINTON, L.A.; SCHAIRER, C. et al. - Cigarette smoking and invasive cervical cancer. J. Amer. med. Ass., 255(23):3265-69, 1986.

BOWERS, K.S. - Toward a multidimensional view of personality and health. J. Person., 55(2):343-9, 1987.

BRITO, R.S. de - Adolescentes: gravidez e heterossexualidade. Conhecimentos sobre concepção e anticoncepção. Uso de anticonceptivos. Alunos da 3ª série do 2º grau de um grupo selecionado de escolas estaduais. Dissertação de Mestrado. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1985.

BROCK, C.D.; ORNSTEIN, S.M. & LITCHFIELD, L. - An improved technique for Papanicolaou smear sampling in postmenopausal women. J. Family Pract., 22(6):498-500, 1986.

BULLOUGH, B. - Poverty, ethnic identity and preventive health care. J. Hlth. Soc. Behav., 13(12):347-59, 1972.

BUTLER, R.N. - Pap smear for cervical cancer: don't forget the elderly. Geriatrics., 43(4):13-6, 1988.

CALNAN, M. - Patterns in preventive behavior: a study of women in middle age. Soc. Sci. Med., 20(3):273-8, 1985.

CALNAN, M. - The Health Belief Model and participation in programmes for the early detection of breast cancer: a comparative analysis. Soc. Sci. Med., 19(8):823-30, 1984.

CALNAN, M.W. & MOSS, S. - The Health Belief Model and compliance with education given at a class in breast self-examination. J. Hlth. Soc. Behav., 25(June):198-210, 1984.

CALNAN, M. & RUTTER, D.R. - Do health beliefs predict health behaviours? A follow-up analysis of breast self-examination. Soc. Sci. Med., 26(4):463-5, 1988.

CALNAN, M. & RUTTER, D.R. - Do health beliefs predict health behaviour? An analysis of breast self-examination. Soc. Sci. Med., 22(6):673-78, 1986.

CAMPION, M.J.; SINGER, A. & MITCHELL, H.S. - Complacency in diagnosis of cervical cancer. Brit. med. J., 294(6583):1337-9, 1987.

CARMICHAEL, J.A.; CLARKE, D.H. et al. - Cervical carcinoma in women aged 34 and younger. Amer. J. Obstet. Gynecol., 154(4):264-9, 1986.

CELENTANO, D.D. - Updated approach to screening for cervical cancer in older women. Geriatrics., 43(4):37-48, 1988.

CELENTANO, D.D.; SHEDIAC, M.C. et al. - Adequacy of cervical cancer screening among innercity women: results from a defined population. Hlth. Educ. Res., 4(4):451-60, 1989.

CHAMPION, V.L. - Instrument development for health belief model constructs. Adv. Nurs. Sci., 4(1):73-85, 1984.

CHARLTON, A. - Young people's knowledge of the cervical smear test. Soc. Sci. Med., 12(4):235-9, 1983.

CHARNY, M.C.; FARROW, S.C. & ROBERTS, C.J. - The cost of saving a life through cervical cytology screening: implications for health policy. Hlth. Policy., 2(4):345-59, 1978.

CHAVES, E. - Lesões precursoras do câncer de útero. Centro Cienc. Saude., 2(1):53-60, 1985.

CHAVES, E. - Prevenção do câncer do colo do útero. Unidade Médica, 2(1/3):9-14, 1986.

CLARKE, E.A. - Does screening by "Pap" smears help prevent cervical cancer? Lancet, 2-1:1-4, 1979.

CLARKE, E.A. & HILDITCH, S. - Problems in determining the incidence in cervical cancer. Can. med. Assoc. J., 122(12):1271-3, 1973.

COHEN, M.M. & HAMMASTRAND, K.M. - Papanicolaou test coverage without a cytology registry. Amer. J. Epidemiol., 122(2):388-94, 1989.

COPPLESON, M. - Can Papanicolaou and the public purse keep up? Med. J. Australia, 143(10):328-9, 1985.

CRAMER, D.W. - The role of cervical cytology in the declining morbidity and mortality of cervical cancer. Cancer, 34(6):2018-27, 1974.

DAY, N.E. - Effects of cervical cancer screening in Scandinavia. Obst. Gynecol., 63(5):714-8, 1984.

DAY, N.E. - Screening for cancer of the cervix. J. Epidemiol. Comm. Hlth., 43(3):103-6, 1989.

DAY, N.E. & HAKAMA, M. - Screening for cervical cancer. Lancet, 2(8552):210, 1987.

DECKERT, J.J.; STATEN, S.F. & PALERMO, V. - Improved endocervical cell yield with cytobrush. J. Family Pract., 26(6):639-41, 1988.

DE LIA, J.E. & SCHUMAN, G.B. - Papanicolaou testing. J. Amer. med. Ass., 253(22):3250-1, 1985.

DRAPER, G.P. & COOK, G.A. - Changing patterns of cervical cancer rates. Brit. med. J., 287(6331):510-2, 1983.

EARDLEY, A.; ELKIND, A. & THOMPSON, R. - HEA guidelines for a letter to invite women for a smear test: theory and practice. Hlth. Educ. J., 49(2):51-56, 1990.

EISEN, M.; ZELLMAN, G.L. & McALISTER, A.L. - A Health Belief Model approach to adolescent's fertility control: some pilot program findings. Hlth. Educ. Quart., 12(2):185-210, 1985.

ELDER, J.P. - Applications of behavior modification to health promotion in the developing world. Soc. Sci. Med., 24(4):335-49, 1987.

ELKIND, A.K.; HARAN, D. et al. - Reasons for non-attendance for computer-managed cervical screening: pilot interviews. Soc. Sci. Med., 22(6):651-60, 1988.

FAERSTEIN, E. - Aspectos epidemiológicos no Brasil. Rev. bras. Cancerol., 31(3):193-7, 1985.

FAERSTEIN, E. - População-alvo e frequência da detecção precoce do câncer de colo uterino. Cad. IMS. RJ., 1(3):111-33, 1987.

FERREIRA, S.L. - Crenças das mães em relação à vacinação. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1983.

FINCHAM, J.E. & WERTHEIMER, A.I. - Using the Health Belief Model to predict initial drug therapy defaulting. Soc. Sci. Med., 20(1):101-5, 1985.

FOX, H. - Cervical smears: new terminology and new demands.

Brit. med. J., 294(6583):1307-8, 1987.

FREITAS, R.C.G.M. - Fator masculino e câncer cervical. Revisão.

J. bras. Ginec., 22(4):123-4, 1989.

FREITAS, R.C.G.M. - Fumo e câncer cervical. Revisão. J. bras.

Ginec., 28(11/12):595-97, 1988.

GARDNER, J.W. & LYON, J.L. - Efficacy of cervical cytology

screening in the control of cervical cancer. Prevent. Med.,

6(5):487-99, 1977.

GILES, J.A.; HUDSON, E. et al. - Colposcopic assessment of

the accuracy of cervical cytology screening. Brit. med. J.,

296(6629):1099-1102, 1988.

GRAAF, Y.; KLINKHAMER, P.J.J.M. & VOOIJS, G.P. - Effect of

population screening for cancer of the uterine cervix in

Nijmegen, The Netherlands. Prevent. Med., 15(6):582-90,

1986.

GRAAF, Y.; ZIELHUIS, G.A. & VOOIJS, G.P. - Cervical cancer

mortality in the Netherlands. Int. J. Epidemiol.,

17(2):270-6, 1988.

- GRAAF, Y.; ZIELHUIS, G.A. et al. - The effectiveness of cervical screening: a population-based case-control study. J. clin. Epidemiol., 41(1):21-6, 1988.
- GREEN, K.E. & BIRD, J.E. - The structure of children's belief about health and illness. J. Sch. Hlth., 56(8):325-8, 1986.
- GRUBB, G.S. - Human papillomavirus and cervical neoplasia: epidemiological considerations. Int. J. Epidemiol., 15(1):1-7, 1986.
- GUIJON, F.B.; PARASKEVAS, M. & BRUNHAM, R. - The association of sexually transmitted diseases with cervical intraepithelial neoplasia: a case-control study. Amer. J. Obstet. Gynecol., 151(2):185-90, 1985.
- HANSEN, M.M. & RESICK, L.K. - Health beliefs, health care, and rural Appalachian subcultures from an ethnographic perspective. Fam. Comm. Hlth., 13(1):1-10, 1990.
- HARAN, D.; EARDLEY, A. et al. - Cervical screening: what are the communication problems? Public Hlth., 103(2):99-104, 1989.

HARAN, D.; EARDLEY, A. et al. - Trends in the organization of cervical cancer screening. J. Royal Soc. Hlth., 110(1):17-9, 1990.

HARDING, C.M. & O'LOONEY, B.A. - Perceptions and beliefs about nine diseases. Publ. Hlth., 98(4):284-93, 1984.

HARRIS, D.M. & GUTEN, S. - Health-protective behavior: an explanatory study. J. Hlth. Soc. Behav., 20(2):17-29, 1979.

HAUGEJORDEN, O & NIELSEN, W.A. - Experimental study of two methods of data collection by questionnaire. Community Dent. Oral Epidemiol., 15(3):205-8, 1987.

HERRERO, R.; BRINTON, L.A. et al. - Invasive cervical cancer and smoking in Latin America. J. Natl. Cancer Inst., 81(3):205-11, 1989.

HERRERO, R.; BRINTON, L.A. et al. - Risk factors for invasive carcinoma of the uterine cervix in Latin America. Bull. Pan. Amer. Hlth. Org., 24(3):263-83, 1990.

HIRST, S.; MITCHELL, H. & MEDLEY, G. - An evaluation of a campaign to increase cervical cancer screening in rural Victoria. Comm. Hlth. Stud., 14(3):263-8, 1990.

HOCHBAUM, G.M. - An alternate approach to health education.
Prevent. Hlth. Behav., 3(4):197-201, 1979.

HOWARD, J. - "Avoidable mortality" from cervical cancer: exploring the concept. Soc. Sci. Med., 24(6):507-14, 1987.

HUNT, S.M. & MACLEOD, M. - Health and behavioural change: some lay perspectives. Comm. Med., 2(1):68-76, 1987.

HUSAIN, O.A.N. - Opportunistic screening for cervical cancer. Brit. Med. J., 293(6560):1308-9, 1986.

HUTCHINSON, A.R. - Critérios para a definição de populações de risco e da periodicidade dos exames. Rev. bras. Cancerol., 31(3):199-200, 1985.

JANZ, N.K. & BECKER, M.H. - The Health Belief Model: a decade later. Hlth. Educ. Quart., 11(1):1-47, 1984.

JOHNSON, I.S.; MILNER, P.C. & TODD, J.N. - An assessment of the effectiveness of cervical cytology screening in Sheffield. Community Med., 2(2):160-70, 1987.

KADISH, A.S.; BURK, R.D. et al. - Human papillomaviruses of different types in precancerous lesions of uterine cervix: histologic, immunocytochemical and ultrastructural studies. Human Pathol., 17(4):384-92, 1986.

- KAUFERT, J.K.; RABKIN, S.W. et al. - Health beliefs as predictors of success of alternate modalities of smoking cessation: results of a controlled trial. J. Behav. Med., 2(5):475-89, 1986.
- KING, H.S.; WIGLE, D.T. et al. - Uterine cancers in Alberta: trends of incidence and mortality. Can. med. Ass. J., 122(7):591-4, 1982.
- KING, J.B. - Illness attributions and the Health Belief Model. Hlth. Educ. Quart., 10(3/4):287-312, 1984.
- KIRSCHT, J.P. - Research related to the modification of health beliefs. Hlth. Educ. Monog., 2(4):455-69, 1974(A).
- KIRSCHT, J.P. - The Health Belief Model and illness behavior. Hlth. Educ. Monog., 2(4):387-407, 1974(B).
- KIRSCHT, J.P.; HAEFNER, D.P. et al. - A national study of health beliefs. J. Hlth. Human. Behav., 2(4):248-54, 1966.
- KLEINMAN, J.C. & KOPSTEIN, A. - Who is being screened for cervical cancer? Amer. J. Publ. Hlth., 71(1):73-6, 1981.
- KNOPF, A. - Changes in women's opinions about cancer. Soc. Sci. Med., 10(3/4):191-5, 1976.

- KOSS, L.G. - The Papanicolaou test for cervical cancer detection. A triumph and a tragedy. J. Amer. med. Ass., 261(5):737-43, 1989.
- KRISTIANSEN, C.M. & HARDING, C.M. - The social desirability of health preventive behavior. Public Hlth. Rep., 22(4):384-88, 1984.
- LAARA, E.; DAY, N.E. & HAKAMA, M. - Trends in mortality from cervical cancer in the nordic countries: association with organised screening programmes. Lancet, 11(8544):1247-9, 1987.
- LANGANA, M.T.C.; GALERA, S.A.F. & CIANCIARULLO, T.I. - Conhecimento dos motivos que levaram a mulher de Vargem Grande Paulista a realizar o Papanicolaou - Parte I. Rev. Esc. Enf. USP., 24(1):169-76, 1990.
- LANGLIE, J.K. - Social networks, health beliefs, and preventive health behavior. J. Hlth. Soc. Behav., 18(5):244-60, 1977.
- LEVENTHAL, H.; SAFER, M.A. & PANAGIS, D.M. - The impact of communications on the self-regulation of health beliefs, decisions and behavior. Hlth Educ. Quart., 10(1):3-30, 1983.

LEVI, F.; LA VECCHIA, C. et al. - Incidence of invasive cervical cancer in the Swiss canton of Vaud, and a note on screening. J. Epidemiol. Comm. Hlth., 43(2):121-4, 1989.

LEVIN, J. - Estatística aplicada a ciências humanas. Trad. S. F. Costa. 2ª ed., São Paulo, Ed. Harbra, 1985. p.210.

LUDWIG, W.; HUBER, D. et al. - Assessment of compliance-related attitudes in psychiatry. A comparison of two questionnaires based on the Health Belief Model. Soc. Psych. psych. Epidemiol., 25(5):298-303, 1990.

LUNDBERG, G.D. - Quality assurance in cervical cytology. The Papanicolaou smear. J. Amer. med. Ass., 262(12):1672-9, 1989.

LUNT, R. - Worldwide early detection of cervical cancer. Obst. Gynec., 63(5):703-13, 1984.

LUTHRA, U.K.; PRABHAKAR, A.K. et al. - Natural history of precancerous and early cancerous lesions of the uterine cervix. Acta Citol., 31(3):226-34, 1987.

LYNGE, E. & POLL, P. - Incidence of cervical cancer following negative smear. Amer. J. Epidemiol., 124(3):345-52, 1986.

MCCORMICK, J.S. - Cervical smears: a questionable practice?
Lancet, 2(8656):207-9, 1989.

MAIMAN, L.A. & BECKER, M.H. - The Health Belief Model: origins and correlates in psychological theory. Hlth. Educ. Monogr., 2(4):336-53, 1974.

MAIMAN, L.A.; BECKER, M.H. et al. - Scales for measuring Health Belief Model dimensions: a test of predictive value, internal consistency, and relationships among beliefs. Hlth. Educ. Monogr., 5(3):215-30, 1977.

MAMON, J.A.; SHEDIAC, M.C. et al. - Inner city women at risk for cervical cancer: behavioral and utilization factors related to inadequate screening. Prevent. Med., 12(7):363-76, 1990.

MANDELBLATT, J.; SKROVON, M.L. & GOPAUL, I. - Papanicolaou testing - Letters to the Editor. J. Amer. med. Assoc., 253(22):3251, 1985.

MANT, D.; VESSEY, M. & LOUDON, N. - Social class differences in sexual behaviour and cervical cancer. Comm. Med., 10(1):52-6, 1988.

MARCOS, J.B. & PIMENTA FILHO, R. - Observações sobre 108 casos de carcinomas in situ. J. bras. Ginecol.,

24(10):525-7, 1986.

MEANWELL, C.A.; KELLY, K.A. et al. - Young age as a prognostic factor in cervical cancer: analysis of population based data from 10,022 cases. Brit. med. J., 296(6619):386-91, 1988.

MICHIELUTTE, R.; DISEKER, R.A. et al. - Noncompliance in screening follow-up among family planning clinic patients with cervical dysplasia. Prevent. Med., 14(5):248-58, 1985.

MURPHY, M. - Cervical cytology screening. Brit. med. J., 296(6636):1400, 1988.

MURPHY, M.F.G.; CAMPBELL, M.J. & GOLDBLATT, P.O. - Twenty years' screening for cancer of the uterine cervix in Great Britain, 1964-84: further evidence for its ineffectiveness. J. Epidemiol. comm. Hlth., 42(1):49-53, 1987.

NATHOO, V. - Investigation of non-responders at a cervical screening clinic in Manchester. Brit. med. J., 296(6628):1041-2, 1988.

NEWELL, S.M.; PRINCE, J.H. et al. - Utility of the modified Health Belief Model in predicting compliance with treatment by adult patients with advanced cancer. Psychol. Rep.,

52(11):783-91, 1986.

NOLLER, K.L.; O'BRIEN, P.C. et al. - Coital risk factors for cervical cancer. Amer. J. Clin. Oncol., 10(3):222-6, 1987.

OLESEN, F. - A case-control study of cervical cytology before diagnosis of cervical cancer in Denmark. Inter. J. Epidemiol., 17(3):501-8, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Regional Office for the Western Pacific.- Working group on research in health education in family health. Bull. OMS/WPPO, 1981.

ORIEL, J.D. - Sex and cervical cancer. Genitourin. Med., 64(2):81-9, 1988.

PARIJS, L.G. - Public education in cancer prevention. Bull. World. Hlth. Org., 64(6):917-27, 1986.

PASKETT, E.D.; WHITE, E. et al. - Improving follow-up after an abnormal Pap smear: a randomized controlled trial. Prevent. Med., 19(6):630-41, 1990.

PEJOVIC, M.H. & THUAIRE, M. - Etiologie des cancers du col de l'utérus. Le point sur 150 ans de recherche. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 15(1):37-43, 1986.

- PETOSA, R. & WESSINGER, J. - Using the Health Belief Model to assess the HIV education needs of junior and senior high school students. Int. Quart. Comm. Hlth. Educ., 10(2):135-43, 1989/90.
- PETTERSSON, F.; BJORKHOLM, E. & NASLUND, I. - Evaluation of screening for cervical cancer in Sweden: trends in incidence and mortality 1958 - 1980. Intern. J. Epidemiol., 14(4):521-27, 1985.
- PRENTICE-DUNN, S. & ROGERS, R.W. - Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. Hlth. Educ. Res., 1(3):153-61, 1986.
- QUAH, S.R. - The Health Belief Model and preventive health behaviour in Singapore. Soc. Sci. Med., 21(3):351-63, 1985.
- RAKOWSKI, W. & DENGIZ, A.N. - A health belief interview for clinical geriatrics. Gerontologist, 24(2):120-3, 1984.
- RAYMOND, C.A. - Cervical dysplasia upturn worries gynecologists, health officials. J. Amer. med. Ass., 257(18):2397-8, 1987.

RIESENBERG, D.E. - The Papanicolaou test in elderly women. J. Amer. med. Ass., 256(3):393, 1986.

ROBERSON, M.H.B. - Folk health beliefs of health professionals. Western J. Nurs. Res., 2(2):257-63, 1987.

ROKEACH, M. - Crenças, atitudes e valores. Trad. A.M.M. Barbosa. Rio de Janeiro, Ed. Interciência, 1981.

ROSENSTOCK, I.M. - Historical origins of the Health Belief Model. Hlth. Educ. Monog., 2(4):328-35, 1974(A).

ROSENSTOCK, I.M. - The Health Belief Model and preventive health behavior. Hlth. Educ. Monog., 2(4):354-85, 1974 (B).

ROSENSTOCK, I.M. & KIRSCHT, J.P. - Practice implications. Hlth. Educ. Monog., 2(4):470-83, 1974.

RUFFING, M.A. - Preventive health behaviour: a theoretical review and synthesis. Prev. Hlth Behav., 3(5):235-40, 1979.

SADEGHI, S.B.; HSIEH, E.W. & GUNN, S.W. - Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia in sexually active teenagers and young adults. Amer. J. Obstet. Gynecol., 148(6):726-9, 1984.

SCHWARTZ, M.; SAVAGE, W. et al. - Women's knowledge and experience of cervical screening: a failure of health education and medical organization. Comm. Med., 11(4):279-89, 1989.

SEMINÁRIO SOBRE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA.

- Anais do Seminário Nacional sobre controle do câncer cérvico-uterino e de mama - 1985. Relatório final. Rev. bras. Cancerol., 31(3):237-9, 1985.

SHARP, K.; ROSS, C.E. & COCKERHAM, W.C. - Symptoms, beliefs, and the use of physician services among the disadvantaged. J. Hlth. Soc. Behav., 24(3):255-64, 1983.

SHROFF, K.J.; CORRIGAN, A.M. et al. - Cervical screening in an inner city area: response to a call system in general practice. Brit. med. J., 297(6659):1317-8, 1988.

SIGURDSSON, K.; ADALSTEINSSON, S. et al. - The value of screening as an approach to cervical cancer control in Iceland, 1964-1986. Intern. J. Cancer, 43(1):1-5, 1989.

SIMON, K.J. & DAS, A. - An application of the Health Belief Model toward educational diagnosis for VD education. Hlth Educ. Quart., 11(4):403-18, 1984.

SINGER, A. - The abnormal cervical smear. Brit. med. J., 293(6537):1551-6, 1986.

SKRABANEK, P. - Cervical cancer screening: the time to reappraisal. Can. J. publ. Hlth., 79(2):86-91, 1988.

SLATTERY, M.L.; OVERALL, J.C. et al. - Sexual activity, contraception, genital infections, and cervical cancer: support for a sexually transmitted disease hypothesis. Amer. J. Epidemiol., 130(2):248-58, 1989.

SLOVIC, P. - Informing and educating the public about risk. Risk Anal., 6(4):403-415, 1986.

SLOVIC, P. - Perception of risk. Science, 236(4):280-5, 1987.

SMITH, A.; ELKIND, A. & EARDLEY, A. - Making cervical screening work. Brit. med. J., 298(6689):1662-4, 1989.

SPIEGEL, M.R. - Estatística. Trad. P. Consentino. 5ª ed., São Paulo, Mc Graw-Hill, 1983.

STENKVIST, B.; BERGSTROM, R. et al. - Papanicolaou smear screening and cervical cancer. What can you expect? J. Amer. med. Ass., 252(11):1423-6, 1984.

STILLMAN, M.J. - Women's health beliefs about breast cancer and breast self examination. Nursing Res., 26(2):121-7, 1977.

SULS, J. & RITTENHOUSE, J.D. - Personality and physical health: an introduction. J. Personal., 55(2):155-67, 1987.

TANNER, J.L.; COCKERHAM, V.C. & SPAETH, J.L. - Predicting physician utilization. Med. Care., 21(3):360-9, 1983.

TAYLOR, K.M. & KELNER, M. - Interpreting physician participation in randomized clinical trials: the physician orientation profile. J. Hlth. Soc. Behav., 28(4):389-400, 1987.

TAWA, K.; FORSYTHE, A. et al. - A comparison of the Papanicolaou smear and the cervigram: sensitivity, specificity, and cost analysis. Obstet. Gynecol., 71(2):229-35, 1988.

TRIGAUX, P. & ROBYN, C. - Le cancer du col utérin: une maladie virale sexuellement transmise. Rev. med. Bruxelles, Z(10):587-93, 1986.

VIEIRA, E.M. - A experiência de São Paulo. Simpósio IV: Novas estratégias de capacitação das equipes de saúde de ações educativas junto à população. Rev. bras. Cancerol., 31(3):227-8, 1985.

WANGSUPHACHART, V.; THOMAS, D.B. et al. - Risk factors for invasive cervical cancer and reduction of risk by "Pap" smears in Thai women. Int. J. Epidemiol., 16(3):362-6, 1987.

WEINTRAUB, N.T.; VIOLI, E. & FREEDMAN, M.L. - Cervical cancer screening in women aged 65 and over. J. Amer. Geriatr. Soc. 35(9):870-5, 1987.

WEISSFELD, J.L.; KIRSCHT, J.P. & BROCK, B.M. - Health beliefs in a population: the Michigan blood pressure survey. Hlth Educ. Quart., 17(2):141-55, 1990.

WEISSFELD, J.L. et al. - Reability of health belief indexes: confirmatory factor analysis in sex, race, and age subgroups. Hlth. Serv. Res., 21(6):777-93, 1987.

WHEAT, M.E.; MANDELBLATT, J.S. & KUNITZ, G. - Pap smear screening in women 65 and over. J. Amer. Geriatr. Soc., 36(9):827-30, 1988.

WINKELSTEIN JR., W. et al - Further comments on cancer of the uterine cervix, smoking, and herpesvirus infection. Amer. J. Epidemiol., 119(1):1-8, 1984.

WOODMAN, C.B.J.; YATES, M. et al. - Indicators of effective cytological sampling of the uterine cervix. Lancet,

2(8654):88-90, 1989.

WRIGHT, V.C. & RIOPELE, M.A. - Age at beginning of coitus versus chronologic age as a basis for Papanicolaou smear screening: an analysis of 747 cases of preinvasive disease. Amer. J. Gynecol., 142(8):824-30, 1984.

YOUNG, M. & TREVAN, E. - Pap smear usage in New South Wales - Impact of active promotion. Comm. Hlth. Stud., 14(3):255-62, 1990.

ZIFFER, A.; SONG, P. & MANDELBLATT, J. - Preventive health practices in a teaching hospital: house staff attitudes and performance of gynecological screening. Am. J. Prevent. Med., 3(3):142-6, 1987.

ZUNA, R.E. - The Pap smear revisited. Controversies and recent developments. Cancer, 76(6):36-46, 1984.

ZUNZUNEGUI, M.V.; KING, M.C. et al. - Male influences on cervical cancer risk. Amer. J. Epidemiol., 123(2):302-7, 1986.

ANEXO 1

ESTABELECIMENTO DO RAPPORT

Bom dia (ou boa tarde). Meu nome é Stela, e trabalho com saúde. As pessoas que trabalham comigo acreditam, como eu, que existem muitas coisas que as pessoas conhecem e que os Serviços de Saúde não conhecem, mas estas coisas são importantes para melhorar o Serviço.

Por isso resolvi estudar o que as pessoas pensam sobre algumas doenças.

O assunto que estou estudando é sobre uma doença que dá em muitas mulheres. A senhora poderia colaborar e responder umas perguntas? Vou anotar suas respostas, mas só eu e a senhora saberemos do que conversamos.

Se a senhora quiser dizer seu nome, acho que a conversa fica mais fácil, pois eu a tratarei pelo nome, mas se não quiser, não faz mal.

(ESPERAR PELA RESPOSTA DO NOME)

Dona.....(SE FOR O CASO), podemos começar?

(EM CASO AFIRMATIVO COMEÇAR A ENTREVISTA)

O HBH NA PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO. SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1988

1 - Dona____, eu gostaria que a sra. me dissesse se já ouviu falar em câncer de útero, sim ou não?				ct
- Sim.....(1)				
- Não.....(PASSE P/ Q32).....(2)				---
2 - Vou fazer-lhe algumas perguntas para saber o que pode provocar o câncer de útero:				cc-4
	SIM	NÃO	NÃO SABE	
I - Ele vem de mãe para filha, sim ou não? <u>Qu</u> a Sra. não sabe?	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
II - O câncer de útero dá mais na mulher que tem muitos filhos, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
III - A mulher que faz aborto mal feito está mais sujeita a ter câncer de útero, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
IV - O câncer de útero dá mais na mulher que tem muitos abortos, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
V - E quando a mulher tem relação sexual com qualquer homem, está mais sujeita a ter câncer de útero, sim ou não. <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
VI - O câncer de útero dá mais quando a mulher toma comprimidos para evitar filhos, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
VII - E quando ela tem doença venérea mal tratada, ela está mais sujeita, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
Antes, a sra. me responde se sabe o que é doença venérea, também conhecida como doença da rua ou então como doença de homem?				
A sra. sabe ou não o que é doença venérea?.....	---	---	---	---
	(1)	(9)		

VIII - O corrimento mal tratado, torna a mulher mais sujeita a ter câncer de útero, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
IX - E feridinha no útero, se não for tratada, pode provocar câncer no útero, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
X - Quando a mulher começa a ter relações sexuais muito jovem, ela fica mais sujeita a ter câncer de útero, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?...	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
XI - O câncer de útero dá mais em mulher que costuma ter pensamento negativo, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
XII - Trabalho de macumba pode dar câncer de útero, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(3)	
XIII - Sentar em lugar quente faz a mulher ficar mais sujeita a ter câncer de útero, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
<hr/>				
3 - Na sua opinião, o câncer de útero é uma doença muito perigosa, mais ou menos perigosa, pouco perigosa ou não tem nenhum perigo? <u>Qu</u> a sra. não sabe? Vou repetir:				G-4
- Muito perigosa.....(PASSE P/ Q4).....			(1)	
- Mais ou menos perigosa.....(PASSE P/ Q4).....			(2)	
- Pouco perigosa.....(PASSE P/ Q4).....			(3)	
- Nenhum perigo.....(PASSE P/ Q7).....			(4)	
- Não sabe.....(PASSE P/ Q7).....			(9)	
<hr/>				
4 - Por que a sra. acha que o câncer de útero é uma doença perigosa? (LER DEVAGAR E FAZER LIGEIRA PAUSA ENTRE AS RESPOSTAS):				G
	SIM	NÃO	NÃO SABE	
I - É por que ela pega fácil, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
II - É por que ela deixa defeitos, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
III - É por que não tem cura, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	
IV - É por que ela mata, sim ou não? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	---	---	---	---
	(1)	(2)	(9)	

5 - ASSOCIAÇÃO Q4									6
6 - ASSOCIAÇÃO Q3 X Q5									6 4
7 - A sra. acha que a mulher pega câncer de útero de outra mulher que está com a doença, sim ou não? Ou a sra. não sabe?									cc -
- Sim.....(PASSE P/ Q8).....								(10)	
- Não.....(PASSE P/ Q10).....								(20)	
- Não sabe.....(PASSE P/ Q10).....								(90)	
8 - Nesse caso, a sra. acha que é fácil ou é difícil ela pegar essa doença? Ou a sra. não sabe?									cc
- É fácil.....								(1)	
- É difícil.....								(2)	
- Não sabe.....								(3)	
9 - ASSOCIAÇÃO Q7 X Q8									cc-1
10 -									
	CAN. MAIS PER	OUTRA MAIS PER.	SÃO IGU.	NÃO SABE	NÃO OUVIU FALAR				
I - A sra. ouviu falar em tuberculose, sim ou não? ECA: A tuberculose é mais perigosa que o câncer de útero, é menos perigosa ou as duas têm o mesmo perigo? Ou a sra. não sabe?.....									
	(1)	(2)	(3)	(9)	(8)				
II - A sra. ouviu falar em lepra, sim ou não? ECA: lepra é mais perigosa que o câncer de útero, é menos perigosa, ou as duas tem o mesmo perigo? Ou a sra. não sabe?.....									
	(1)	(2)	(3)	(9)	(8)				
III - A sra. ouviu falar em AIDS, sim ou não? ECA: A AIDS é mais perigosa que o câncer de útero, é menos perigosa ou as duas têm o mesmo perigo? Ou a sra. não sabe?.....									
	(1)	(2)	(3)	(9)	(8)				

IV - A sra. já ouviu falar em sífilis, sim ou não? ECA: A sífilis é mais perigosa que o câncer de útero, é menos perigosa ou as duas têm o mesmo perigo? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	(1)	(2)	(3)	(9)	(8)	---
V - A sra já ouviu falar em ataque cardíaco, sim ou não? ECA: O ataque cardíaco é mais perigoso que o câncer de útero, é menos perigoso ou os dois têm o mesmo perigo? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	(1)	(2)	(3)	(9)	(8)	---
VI - A sra. já ouviu falar em pressão alta, sim ou não? ECA: A pressão alta é mais perigosa que o câncer de útero, é menos perigosa ou as duas tem o mesmo perigo? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	(1)	(2)	(3)	(9)	(8)	---
VII - A sra. já ouviu falar em câncer no seio, sim ou não? ECA: O câncer do seio é mais perigoso que o câncer de útero, é menos perigoso ou os dois têm o mesmo perigo? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	(1)	(2)	(3)	(9)	(8)	---
VIII - A sra. ouviu falar em loucura, sim ou não? ECA: A loucura é mais perigosa que o câncer de útero, é menos perigosa ou as duas tem o mesmo perigo? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	(1)	(2)	(3)	(9)	(8)	---
II - Quando o câncer de útero está no começo, ele:						G-2
- Sempre tem cura?.....					(1)	
- Quase sempre tem cura, outras não?.....					(2)	
- Quase nunca tem cura?.....					(3)	
- Nunca tem cura?.....					(4)	
- <u>Qu</u> , a sra. não sabe?.....					(9)	---
Vou repetir:						

12 - Dizem que o câncer come o útero. A sra. concorda ou não? Ou asra. não tem opinião? ECA: Ele come o útero só quando a doença está adiantada ou come desde o começo? Ou a sra. não sabe?				G-1
- Concorda: Come só quando a doença está adiantada.....	(1)			
Come desde o começo.....	(2)			
Não sabe.....	(3)			
- Não concorda.....	(9)			
- Não tem opinião.....	(8)			
<hr/>				
13 - Se a mulher tem câncer de útero, ela sempre precisa tirar o útero? Às vezes precisa tirar o útero e outras não? Ela nunca precisa tirar o útero? Ou a sra. não sabe? Vou repetir:				G-2
- Sempre precisa.....	(1)			
- Às vezes precisa e outras não.....	(2)			
- Nunca precisa.....(PASSE P/ Q16).....	(3)			
- Não sabe se precisa.....	(9)			
<hr/>				
14 - Se uma mulher tirou o útero, ela nunca mais vai poder ter filhos.				G
	SIM	NÃO	NÃO SABE	
I - Sem útero ela vai poder fazer sexo, sim ou não? Ou a sra. não sabe?....	____	____	____	
	(10)	(20)	(90)	
II - Sem útero, ela vai levar uma vida normal, como qualquer outra mulher, sim ou não? Ou a sra. não sabe?.....	____	____	____	
	(1)	(2)	(9)	
<hr/>				
15 - ASSOCIAÇÃO DOS ÍTENS I E II				G-3
<hr/>				
16 - Dizem que algumas mulheres têm muita facilidade para ter câncer de útero e que outras tem facilidade, mas não muita. Mas, há também mulheres que dificilmente vão ter câncer de útero e há outras, ainda, que podem ter certeza de que nunca vão ter essa doença. A sra., pessoalmente, em que caso se coloca? Ou a sra. não tem opinião? Vou repetir:				S-4
- Tem muita facilidade.....	(1)			
- Tem facilidade, mas não muita.....	(2)			
- Dificilmente vai ter a doença.....	(3)			
- Nunca vai ter a doença.....	(4)			
- Não tem opinião.....	(9)			
<hr/>				
17 - Comparando a sra. com outras mulheres: Quem a sra. acha que está mais sujeita a ter câncer de útero, a sra. ou as outras mulheres? Ou, não há nenhuma diferença entre a sra. e as outras mulheres? Ou a sra. não tem opinião?				S-2
- As outras mulheres estão mais sujeitas.....	(1)			
- A respondente está mais sujeita.....	(2)			
- Não há diferença entre a respondente e as outras.....	(3)			
- Não tem opinião.....	(9)			

18 - Às vezes, a gente ouve dizer que o câncer de útero vem de algum problema que a mulher tem, como por exemplo: feridinha no útero, corrimento, pessoas da família com câncer, aborto, comprimidos para evitar filhos, e outros. Agora eu pergunto para a sra.: A sra. teve ou tem algum desses problemas, ou qualquer outro problema que faz a sra. pensar que pode virar câncer de útero, sim ou não? Ou a sra. não pensa nisso?	S-3
- Tem problema e: Pensa que pode virar câncer de útero.....(1)	
Pensa que não vira câncer de útero.....(2)	
Não pensa que pode virar câncer de útero.....(3)	
- Não tem problema.....(4)	
- Não pensa nisso.....(9)	
19 - Há pessoas que se preocupam muito com a idéia de um dia poderem ter câncer de útero, e outras que não se preocupam. E a sra., no seu íntimo, preocupa-se muito, mais ou menos, pouco, ou não se preocupa nada em um dia poder ter câncer de útero?	S-3
- Preocupa-se muito.....(1)	
- Preocupa-se mais ou menos.....(2)	
- Preocupa-se pouco.....(3)	
- Não se preocupa.....(9)	
20 - Alguma vez em sua vida a sra. chegou a pensar que podia estar com câncer de útero ou que um dia podia ou poderá ter essa doença, sim ou não? Ou a sra. nunca pensou nisso?	S-1
- Sim.....(1)	
- Não.....(2)	
- Nunca pensou nisso.....(9)	
21 - A sra. acredita que uma mulher que está com câncer de útero pode não sentir nada de sério e viver normalmente, e não saber que está com essa doença, sim ou não?	S-2
- Sim.....(1)	
- Não.....(2)	
22 - Dona....., algumas pessoas dizem que, se o câncer de útero tiver que dar, ele dá mesmo e não adianta fazer nada para evitar. Outras pensam ao contrário: dizem que se a mulher tomar cuidados ela pode evitar o câncer de útero. E a sra., o que acha? Ou a sra. não tem opinião? - Vou repetir.	S-
- Se tiver que dar, dá mesmo.....(PASSE P/Q23).....(1000)	
- Pode evitar, tomando cuidados... (PASSE P/Q23).....(2000)	
- Não tem opinião.....(PASSE P/Q25).....(9000)	
23 - Neste caso:	S
	ADIAN- NÃO PREF.
	TA ADIAN- NÃO
	TA RESP.
I - Adianta ter fé em Deus, para não ser atingida pelo câncer de útero ou não adianta? Ou a sra. prefere não responder?.....	
	(100) (200) (900)

II - Adianta ela fazer trabalho de macumba para fechar o corpo ou não adianta? Ou a sra. prefere não responder?.....				(10)	(20)	(90)	---
III - Adianta ela ir ao médico para saber se tem câncer de útero ou não adianta? Ou a sra. prefere não responder?.....				(1)	(2)	(9)	---
24 - ASSOCIAÇÃO Q22 X Q23							S-1
25 - Se a mulher for ao médico, o que ele pode fazer:							cc-3
	SIM	NÃO	NÃO TEM OPINIÃO				
I - O médico pode ensinar como evitar o câncer de útero ou o câncer de útero não pode ser evitado? Ou a sra. não tem opinião?.....	(1)	(2)	(9)				---
II - Ele pode descobrir a doença desde o começo? Ou a sra. não tem opinião?..	(1)	(2)	(9)				---
III - Ele pode descobrir a doença, mas só quando ela já está adiantada? Ou a sra. não tem opinião?.....	(1)	(2)	(9)				---
26 - Há mulheres que, para evitar o câncer de útero costumam fazer coisas que o povo acha que dá bons resultados, indo ao médico só se aparecerem coisas mais sérias. Na sua opinião, o que a sra. acha que deve fazer? Procurar o médico primeiro, fazer as coisas do povo primeiro, fazer as duas coisas ao mesmo tempo? Ou a sra. não tem opinião? - Vou repetir:							b-4
- Deve procurar o médico primeiro.....	(1)						
- Deve fazer primeiro as outras coisas.....	(2)						
- Deve fazer as duas coisas ao mesmo tempo.....	(3)						
- Não tem opinião.....	(9)						---
27 - Há mulheres que dizem ser capazes de descobrir que estão com câncer de útero mesmo sem estar notando nada de anormal. A sra. concorda ou não concorda com elas? Ou a sra. não tem opinião?							b-2
- Concorda.....	(1)						
- Não concorda.....	(2)						
- Não tem opinião.....	(9)						---
28 - A sra. pessoalmente, tem medo ou não de ter câncer de útero? ECA: Tem muito medo, mais ou menos ou pouco medo?							b-4
- Tem muito medo.....	(1)						
- Tem medo, porém mais ou menos.....	(2)						
- Tem pouco medo.....	(3)						
- Não tem medo.....	(4)						---

29 - Se, por suposição, a sra. tivesse câncer de útero, gostaria que lhe contassem que estava com essa doença ou preferia não saber? <u>Qu</u> a sra. não sabe o que seria melhor?	b-1
- Gostaria que contassem.....(1)	
- Preferia não saber.....(2)	
- Não sabe o que seria melhor.....(9)	---
30 - A sra. tem vergonha de fazer exame ginecológico com médica, sim ou não? E com médico, sim ou não?	b-3
- Tem vergonha de fazer apenas exame com médica.....(1)	
- Tem vergonha de fazer apenas exame com médico.....(2)	
- Tem vergonha de fazer exame com ambos.....(3)	
- Não tem vergonha de fazer exame com nenhum.....(4)	---
31 - A sra. já ouviu falar em exame preventivo de câncer de útero, sim ou não?	ct
- Sim.....(100)	
- Não.....(200)	
- Não aplicada.....(É O NÃO DE Q1).....(300)	---
32 - A sra. conhece um exame em que é retirado um pouco de secreção do útero da mulher, que depois é colocada num pedacinho de vidro chamado lâmina e em seguida levado para exame no laboratório? A sra. já ouviu falar nesse exame de lâmina, sim ou não?	ct
- Sim.....(10)	
- Não.....(20)	---
33 - A sra. ouviu falar em um exame chamado Papanicolaou, sim ou não?	ct
- Sim.....(1)	
- Não.....(2)	---
34 - ASSOCIAÇÃO Q31 X Q32 X Q33	ct

NO CASO DOS CÓDIGOS 222 OU 322 (TODAS AS RESPOSTAS NEGATIVAS) PASSE P/ Q75	
Muitas pessoas consideram o exame de lâmina, o exame preventivo e o Papanicolaou, a mesma coisa. Por isso, daqui para frente vou usar apenas a palavra Papanicolaou.	
35 - Em toda a sua vida, a sra. já fez algum exame de Papanicolaou ou nunca fez esse exame? <u>Qu</u> a sra. não tem certeza se fez esse exame de Papanicolaou?	co-4
- Fez.....(1)	
- Não fez.....(PASSE P/ Q42).....(2)	
- Não tem certeza.....(PASSE P/ Q42).....(9)	---
36 - Quantos exames de Papanicolaou a sra. fez durante toda a sua vida? Se a sra. não lembrar com certeza, diga mais ou menos quantos? <u>Qu</u> a sra. não lembra?	co-
- Fez_____exames	
- Não lembra.....(9)	---

37 - Contando desde o começo de 1984 já se passaram 4 anos. Durante este tempo quantos exames de Papanicolaou a sra fez? Ou a sra. não fez nenhum? <u>Ou</u> a sra. não lembra? - Nenhum exame.....(1) - _____exames - Não lembra.....(9)	co-4
38 - A sra. lembra em que ano fez o último exame de Papanicolaou? <u>Ou</u> a sra. não lembra? - Não lembra.....	co-4
39 - De 4 anos para cá, <u>alguma vez</u> a sra. foi ao Posto de Saúde ou ao médico, por sua própria vontade, para fazer o exame de Papanicolaou, ou as vezes a sra. fez o Papanicolaou foi porque o médico ou outra pessoa mandou fazer? Ou a sra. não sabe dizer? - Vou repetir. - Foi por vontade própria.....(1) - Foi, mas não por vontade própria...(PASSE P/Q41).....(2) - Não sabe dizer.....(PASSE P/Q43).....(9)	co-1
40 - De 4 anos para cá, quantas vezes a sra. foi ao Posto de Saúde ou ao médico, <u>por vontade própria</u> , para fazer o Papanicolaou, <u>ou</u> a sra. não lembra quantas vezes foi? - _____vezes - Não lembra.....	co-1
41 - Na última vez em que a sra. fez o exame de Papanicolaou, este exame foi feito: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> SIM NÃO </div> I - Por sua própria vontade, sim ou não? (PASSE P/ Q43)..... <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> (1) (2) </div> II - Porque o médico pediu, sim ou não? (PASSE P/ Q43)..... <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> (1) (2) </div> III - Porque alguém lembrou a sra., sim ou não?... (PASSE P/ Q43)..... <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> (1) (2) </div> IV - Porque falaram no rádio ou na T.V., sim ou não?... (PASSE P/ Q43)..... <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> (1) (2) </div> V - Porque a sra. viu escrito em algum lugar, sim ou não?... (PASSE P/ Q43)..... <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> (1) (2) </div> VI - Por outro motivo, sim ou não? (PASSE P/ Q43)..... <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> (1) (2) </div>	co-1

42 - Porque a sra. nunca fez nenhum exame de Papanicolaou?			co-1
	SIM	NÃO	
I - Foi porque a sra. não sabia que era para fazer, sim ou não?.....	---	---	---
	(1)	(2)	
II - Porque a sra. não lembrou que tinha que fazer, sim ou não?.....	---	---	---
	(1)	(2)	
III - Foi porque a sra. não quis fazer, sim ou não?	---	---	---
	(1)	(2)	
IV - Foi porque a sra. não teve tempo de fazer, sim ou não?.....	---	---	---
	(1)	(2)	
V - Foi porque a sra. teve vergonha de fazer, sim ou não?.....	---	---	---
	(1)	(2)	
VI - Foi porque a sra. teve medo de fazer o exame, sim ou não?.....	---	---	---
	(1)	(2)	
VII - Foi porque a sra. não sabia onde fazer o exame, sim ou não?.....	---	---	---
	(1)	(2)	
VIII - Foi por outro motivo, sim ou não?.....	---	---	---
	(1)	(2)	
43 - Na sua opinião, a sra. sabe muito, mais ou menos, ou sabe pouco sobre para que serve o Papanicolaou? Ou a sra. acha que não sabe nada?			vi
- Sabe muito.....		(1)	
- Sabe mais ou menos.....		(2)	
- Sabe pouco.....		(3)	
- Não sabe..... (PASSE P/ Q46).....		(9)	
44 - Quem explicou para a sra. para que serve o Papanicolaou?			vi
	SIM	NÃO	
I - A enfermeira, sim ou não?.....	---	---	---
	(2)	(1)	
II - O médico, sim ou não?.....	---	---	---
	(4)	(1)	
III - Algum outro funcionário do ambulatório ou Posto de Saúde, sim ou não?.....	---	---	---
	(8)	(1)	
IV - Pessoa que atende na farmácia, sim ou não?.....	---	---	---
	(16)	(1)	
V - Pessoa da família, sim ou não?.....	---	---	---
	(32)	(1)	
VI - Alguma pessoa amiga, sim ou não?.....	---	---	---
	(64)	(1)	
VII - Outras pessoas, sim ou não?.....	---	---	---
	(128)	(1)	
45 - ASSOCIAÇÃO DOS ÍTENS DA Q 44			vi
	-----		---

46 - Na sua opinião, o exame de Papanicolaou serve:				cp-
	SIM	NÃO	NÃO SABE	
I - Para evitar o câncer de útero? Sim ou não, ou a sra. não sabe?.....	(100)	(200)	(900)	---
II - Para descobrir esse câncer logo no come- ço? Sim ou não, ou a sra. não sabe?.....	(10)	(20)	(90)	---
III - Para descobrir outras doenças do útero? Sim ou não, ou a sra. não sabe?.....	(1)	(2)	(9)	---
47 - ASSOCIAÇÃO DOS ÍTENS DA Q46				cp-4
48 - Se uma mulher não estiver notando nada de anormal, ela precisa fazer o exame de Papanicolaou ou não precisa? Ou a sra. não tem opinião?				b-4
- Precisa fazer.....			(1)	
- Não precisa fazer.....			(2)	
- Não tem opinião.....			(9)	---
49 - O que acontece com o exame de Papanicolaou quando a mulher está com câncer de útero no começo? Ele acusa a doença, sem nunca falhar, ele pode falhar às vezes ou ele nunca acusa a doença? Ou a sra. não sabe? Vou repetir:				b-1
- O Papanicolaou acusa a doença.....			(1)	
- O Papanicolaou pode falhar.....			(2)	
- O Papanicolaou nunca acusa.....			(3)	
- Não sabe.....			(9)	---
50 - Se a mulher faz sempre o exame de Papanicolaou e ele um dia acusa o câncer de útero, isso quer dizer que o câncer está bem no come- ço, ou ele pode já estar adiantado? Ou a sra. não sabe? Vou repe- tir:				cp-2
- Ele está bem no começo.....			(1)	
- Pode já estar adiantado.....			(2)	
- Não sabe.....			(9)	---
51 - Na sua opinião, para a mulher saber se tem câncer de útero, ela precisa fazer um só exame de Papanicolaou em toda a sua vida, ou precisa fazer muitos? Ou a sra. não sabe?				cp-2
- Precisa fazer muitos exames.....			(1)	
- Basta fazer um só exame....(PASSE P/ Q55).....			(2)	
- Não sabe.....(PASSE P/ Q54).....			(9)	---

<p>52 - Na sua opinião deve haver um tempo certo para repetir o exame de Papanicolaou, ou ele deve ser repetido só quando o médico mandar? Ou quando a mulher acha que precisa fazer o exame? <u>Qu</u> a sra. não tem opinião?</p> <p>- Tem tempo certo.....(1)</p> <p>- Só quando o médico mandar.....(PASSE P/ Q54).....(2)</p> <p>- Só quando a mulher acha que precisa...(PASSE P/ Q54).....(3)</p> <p>- Não tem opinião.....(PASSE P/ Q54).....(9)</p>	cp 2
<p>53 - De quanto em quanto tempo a mulher precisa repetir o exame de Papanicolaou:</p> <p>- De 3 em 3 meses.....(1)</p> <p>- De 6 em 6 meses.....(2)</p> <p>- Uma vez por ano.....(3)</p> <p>- Uma vez cada 2 anos.....(4)</p> <p>- Entre 3 e 5 anos.....(5)</p> <p>- Com mais de 5 anos.....(6)</p> <p>- Ou a sra. não sabe?.....(9)</p> <p>Vou repetir:</p>	cp-2
<p>54 - Se a mulher ficar muito tempo sem fazer o exame de Papanicolaou pode prejudicar a saúde dela, ou não acontece nada? <u>Qu</u> a sra. não sabe?</p> <p>- Pode prejudicar a saúde.....(1)</p> <p>- Nada acontece.....(2)</p> <p>- Não sabe.....(3)</p>	cp-1
<p>55 - Na sua opinião, existe uma época da vida da mulher que é melhor para ela começar a fazer o exame de Papanicolaou ou ela pode começar em qualquer época que é a mesma coisa. <u>Qu</u> a sra. não sabe?</p> <p>- Existe.....(1000)</p> <p>- Não existe.....(PASSE P/ Q57).....(2000)</p> <p>- Não sabe.....(PASSE P/ Q57).....(9000)</p>	b-2
<p>56 - Ela deve começar a fazer o exame de Papanicolaou antes de começar a 1ª regra, quando ela tiver as regras ou só depois que as regras tiverem parado de vir? Ou o exame de Papanicolaou não tem nenhuma relação com as regras? <u>Qu</u> a sra. não sabe? Vou repetir.</p> <p>- Antes de começarem as regras.....(100)</p> <p>- Enquanto ela tiver as regras.....(200)</p> <p>- Depois que pararem as regras..(PASSE P/ Q59).....(300)</p> <p>- Não tem relação.....(400)</p> <p>- Não sabe.....(900)</p>	b-1

57 - O primeiro exame de Papanicolaou deve ser feito:				b
	ANTES	DEPOIS	NÃO SABE	
I - Antes ou depois de ter o primeiro filho? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	-----	-----	-----	
	(10)	(20)	(90)	
II - Antes ou depois de ter tido a 1ª relação sexual? <u>Qu</u> a sra. não sabe?.....	-----	-----	-----	
	(1)	(2)	(9)	
58 - ASSOCIAÇÃO DE Q55 X Q56 X Q57				b-2
59 - Quando é que a mulher pode parar de fazer o exame de Papanicolaou?				b
- Quando as regras tiverem parado de vir?.....			(10)	
- Quando ainda tiver regras?.....			(20)	
- Não existe época certa?.....			(30)	
- Ou ela nunca deve parar, até o fim da vida(PASSE P/Q62).....			(40)	
- Ou a sra. não tem opinião?.....			(90)	
60 - Vamos supor que a mulher fez exames de Papanicolaou durante muitos anos, até acabarem as regras. Todos esses exames foram negativos. Na sua opinião, agora que acabaram as regras ela deve continuar a fazer os exames de Papanicolaou ou ela pode parar de fazer esses exames? <u>Qu</u> a sra não tem opinião?				b
- Ela deve continuar.....			(1)	
- Ela pode parar.....			(2)	
- Não tem opinião.....			(9)	
61 - ASSOCIAÇÃO DE Q59 X Q60				b-3
62 - Se o médico fizer só o exame ginecológico, sem o Papanicolaou, ele pode descobrir que a mulher tem câncer de útero? E só o exame de Papanicolaou, mas sem o exame ginecológico pode descobrir essa doença? Ou é preciso que ela faça os dois exames: o ginecológico e o Papanicolaou, para saber se tem câncer de útero? <u>Qu</u> a sra. não sabe? Vou repetir.				cp-1
- Só o exame ginecológico pode descobrir.....			(1)	
- Só o Papanicolau pode descobrir.....			(2)	
- São necessários os dois exames.....			(3)	
- Não sabe.....			(9)	
63 - Quando o resultado do Papanicolaou der negativo, isso garante que a mulher não tem câncer de útero, ou mesmo assim ela pode ter essa doença? <u>Qu</u> a sra. não sabe?				cp-2
- Garante que não tem câncer de útero.....			(1)	
- Pode ter a doença.....			(2)	
- Não sabe.....			(9)	

64 - Quando o câncer está bem no começo, ele costuma dar alguns avisos ou ele não dá nenhum aviso? Ou a sra. não sabe?				b-2
- Costuma dar avisos.....	(1)			
- Não dá avisos.....	(2)			
- Não sabe.....	(9)			
65 - Na sua opinião, dá muito trabalho a pessoa ter que estar sempre repetindo o exame de Papanicolaou, sim ou não? Ou a sra. não tem opinião?				b
- Sim.....	(10)			
- Não.....(PASSE P/ Q68).....	(20)			
- Não tem opinião.....	(90)			
66 - A sra. acha que compensa esse trabalho de sempre ter que repetir o exame de Papanicolaou? Sim ou não, ou a sra. não tem opinião?				b
- Acha que compensa.....	(1)			
- Acha que não compensa.....	(2)			
- Não tem opinião.....	(9)			
67 - ASSOCIAÇÕES DE Q65 X Q66				b3
68 - A sra.:				b-
	SIM	NÃO		
I - Tem medo de fazer o exame de Papanicolaou.	(10)	(20)		
II - Tem medo de saber o resultado desse exame.	(1)	(2)		
69 - ASSOCIAÇÃO DOS ÍTEMS DA Q68				b3
70 - A sra. acredita em destino, sim ou não? ECA: A sra. põe muita fé no destino, mais ou menos, ou põe pouca fé no destino?				b3
- Põe muita fé no destino.....	(100)			
- Mais ou menos.....	(200)			
- Põe pouca fé no destino.....	(300)			
- Não acredita em destino.....	(900)			
71 - Gostaria que a sra. me respondesse:				b
	AFIR.	NEG.	NÃO RESP.	
I - Se o destino da mulher for ter câncer de útero, adianta ou não adianta ela ir ao médico? Ou a sra. prefere não responder..	(10)	(20)	(90)	
II - A sra. acredita ou não acredita que o destino possa fazer com que a mulher tenha câncer de útero? Ou a sra. prefere não responder?.....	(1)	(2)	(9)	

72 - ASSOCIAÇÃO DOS ÍTENS I X II	b-3
73 - ASSOCIAÇÃO DE Q70 X Q72	b-1
74 - Algumas pessoas costumam dizer que "no final das contas, todas as mulheres que tem câncer de útero acabam morrendo dessa doença". A sra. concorda com o que dizem essas pessoas, sim ou não? Ou a sra. não tem opinião? ECA: Nesse caso adiantaria fazer o exame de Papanicolaou, sim ou não? Ou a sra. não tem opinião?	b-2
- Concorda com o que dizem:	
- adiantaria fazer o Papanicolaou.....(1)	
- não adiantaria fazer o Papanicolaou.....(2)	
- não sabe se adiantaria.....(3)	
- Não concorda.....(4)	
- Não tem opinião.....(9)	
Até agora eu conversei com a sra. sobre câncer de útero e sobre o exame de Papanicolaou. Agora, gostaria que a sra. desse informações sobre sua pessoa.	
75 - Quantos anos completos a sra. tem?	vi
_____anos	
76 - Em que Estado a sra. nasceu?	vi
- São Paulo.....(PASSE P/ Q78).....(1)	
- Outro Estado, qual?.....(2)	
77 - Há quantos anos a sra. está morando no Estado de São Paulo?	vi
_____anos	
78 - A sra. já estudou, está estudando ou nunca estudou em escola?	vi
ECA: até que ano a sra. estudou? Ou, em que ano a sra. está na escola?	
- Nunca estudou.....(0)	
- 1º grau ou equivalente: 1º série ou mobral.....(1)	
2º série.....(2)	
3º série.....(3)	
4º série.....(4)	
5º série.....(5)	
6º série.....(6)	
7º série.....(7)	
8º série.....(8)	
- 2º grau ou equivalente: 1º série.....(9)	
2º série.....(10)	
3º série.....(11)	
- 3º grau ou superior: completo.....(12)	
incompleto.....(13)	

79 - Com quantos anos a sra. começou a ter relação sexual com homem? Ou a sra. nunca teve relação sexual? - _____ anos - nunca teve(PASSE P/ Q82).....	vi _____ _____
80 - Nestes últimos 30 dias, a sra. teve relações sexuais com homem, ou a sra. não teve nenhuma relação sexual? Ou a sra. não lembra? Ou a sra. não quer responder? - Sim..... - Não..... - Não lembra..... - Não quer responder.....(PASSE P/ Q82).....	vi _____ _____ _____ _____
81 - E nos últimos 7 dias, quantas relações sexuais a sra. teve? - nenhuma..... - _____ relações..... - Não lembra.....	vi _____ _____ _____
82 - A sra. acha que, de um modo geral, é uma pessoa que goza de boa saúde? - Sim.....(1) - Não.....(2)	vi _____ _____
83 - A sra. se considera uma pessoa cuidadosa com sua saúde de um modo geral? Sim ou não? - Sim.....(1) - Não.....(2)	vi _____ _____

Muito Obrigada

QUEST. № _____

Q	I	CP	B	VI	Q	VI
43	-	//////////	//////////	//////////	175	-
44	I	//////////	//////////	//////////	176	-
	II	//////////	//////////	//////////	177	-
	III	//////////	//////////	//////////	178	-
	IV	//////////	//////////	//////////	179	-
	V	//////////	//////////	//////////	180	-
	VI	//////////	//////////	//////////	181	-
	VII	//////////	//////////	//////////	182	-
	VIII	//////////	//////////	//////////	183	-

45 - //-----

46	I	//////////	//////////	//////////
	II	//////////	//////////	//////////
	III	//////////	//////////	//////////

47 - . 4 //-----

48 - //----- . 4 //-----

49 - //----- . 1 //-----

50 - . 2 //-----

51 - . 2 //-----

52 - . 2 //-----

53 - . 2 //-----

54 - . //-----

55 - . 2 //-----

56 - //----- . 2 //-----

57 I //----- . //-----

II //----- . //-----

58 - //----- . 1 //-----

59 - //----- . 1 //-----

60 - //----- . 1 //-----

61 - //----- . 2 //-----

62 - . 1 //-----

63 - . 2 //-----

64 - //----- . 2 //-----

65 - //----- . 1 //-----

66 - //----- . 1 //-----

67 - //----- . 3 //-----

68 I //----- . / //-----

II //----- . / //-----

69 - //----- . 2 //-----

70 - //----- . 1 //-----

71 I //----- . / //-----

II //----- . / //-----

72 - //----- . 3 //-----

73 - //----- . 3 //-----

74 - //----- . 3 //-----

TOT. _____ 1

I n. Q	TOT. IX	CNS	IVEM
G 123-	1	10.60	1
S 116-	1	12.12	1
B 143-	1	11.86	1
cc 114-	1	11.52	1
CP 117-	1	11.17	1
CD 126-	1	12.00	1
	1	1	1

IAP= (S + G)/2= _____

Q	I	A	R	V	Q	I	A	R	V	Q	I	A	R	V	I
					124			121.	+1,5	136		co	-	-	I
14	I	G	10	-				122.	+2,0	137		co	0	-2,0	I
			20	-				191.	+1,5				1 a3	0	I
			90	-				192.	+2,0				3ou+	+1,0	I
	II		1	-				199.	+2,0				9	-	I
			2	-				2111	-2,0	138		co	87/8	+2,0	I
			9	-				2112	-2,0				86	+1,0	I
15		G	1/211	+0,5				212.	-0,5				85	+0,5	I
			1/212	+1,0				219.	-1,0				84	0	I
			1/221	+1,0				221.	0				83	-1,0	I
			1/222	+2,0				2221	0				-83	-2,0	I
			1/229	+1,5				2222	-1,0				9	-1,5	I
			1/299	+1,0				2229	-1,0	139		co	1	+2,0	I
			3/911	0				229.	0				2	+1,0	I
			3/912	+1,5				29..	-				9	0	I
			3/921	+1,0				9...	-	140		co	3+	+2,0	I
			3/922	+1,5	125	I	cc	1	+2,0				1/2	+1,0	I
			9/...	0				2	-2,0				9	0	I
16		S	1	+2,0				9	0	141	I	co	1	+2,0	I
			2	+1,0			II	1	+2,0				2.	0	I
			3	-1,0				2	-2,0			II	1	+1,0	I
			4	-2,0				9	0				2.	0	I
			9	-0,5			III	1	-1,0			III	1	+1,0	I
17		S	1	-2,0				2	+1,0				2.	0	I
			2	+2,0				9	0			IV	1	+1,5	I
			3	0	126		B	1	+2,0				2.	0	I
			9	0				2	-2,0			V	1	+1,0	I
18		S	1	+2,0				3	+1,0				2.	0	I
			2	-2,0				9	0			VI	1	-	I
			3	-0,5	127		B	1	-2,0				2	-	I
			4	0				2	0	142	I	co	1	-1,0	I
			9	-0,5				9	-				9	0	I
19		S	1	+2,0	128		B	1	-2,0			II	1	-1,0	I
			2	+1,0				2	+2,0				9	0	I
			3	-1,0				3	+1,0			III	1	-2,0	I
			9	-2,0				4	0				9	0	I
20		S	1	+2,0	129		B	1	0			IV	1	-2,0	I
			2	-2,0				2	-2,0				9	0	I
			9	0				9	-1,0			V	1	-1,5	I
21		S	1	+2,0	130		B	1	-1,0				9	0	I
			2	-2,0				2	-1,0			VI	1	-1,5	I
22		S	1000	-				3	-2,0				9	0	I
			2000	-				4	0			VII	1	-2,0	I
			9000	-	131		ct	100	-				9	0	I
23	I	S	100	-				200	-			VIII	1	-	I
			200	-				300	-				9	-	I
			900	-	132		ct	10	-	143		VI			I
	II		10	-				20	-				1 a 9		I
			20	-				30	-	144	I	a VII			I
			90	-	133		ct	1	-				1 ou...		I
	III		1	-				2	-	145	-				I
			2	-				3	-	146	I	cp	1/900	-	I
			9	-	134		ct	-	-			II	1/90	-	I
24		S	111.	+1,0	135		co	1	+2,0			III	1/9	-	I
			112.	+1,0				2	-2,0						I
			119.	+1,0				9	0						I

Q	I	A	R	V	Q	I	A	R	V	Q	I	A	R	V	Q
47	cp	9/111	+2,0	157	I	B	10/90	-	172			B	21	-2,0	
		112	+1,5		II		1/9	-					22	-2,0	
		119	+1,5	158		B	11	+2,0					29	-2,0	
		121	-2,0				12	+1,5					91	-2,0	
		122	+0,5				19	+1,0					92	0	
		191	-1,0				21	-2,0					99	0	
		199	-0,5				22	-1,5	173		B	111/9	-1,0		
		211	+1,5				29	-1,0					112	+2,0	
		212	+1,5				91	-1,0					121/9	-2,0	
		219	+1,0				92	-1,0					122	-1,5	
		221	+0,5				99	0					211/9	-0,5	
		222	0	159		B	10/40	-					212	+1,5	
		229	0	160		B	1/9	-					221/9	-1,5	
		912	+1,0	161		B	10	-1,5					222	-1,0	
		919	+1,0				11	+1,0					311/9	+0,5	
		921	-1,0				12	-1,0					312	+2,0	
		922	-1,0				19	+1,0					321/9	-1,5	
		929	-1,0				20/1	-2,0					322	-1,5	
		99	-1,0				31	+1,5					39	-1,0	
							32	-1,0					9	0	
8	B	1	+2,0				39	0	174		B	1	+1,0		
		2	-2,0				40	+2,0					2	-2,0	
		9	0				9	0					3	-1,5	
49	B	1	+1,0				1	0					4	+2,0	
		2	-1,0	162		cp	2	+2,0					9	0	
		3	-2,0				3	+1,0	175						
		9	0				9	0							
50	cp	1	+2,0				1	+2,0	180						
		2	-2,0	163		cp	2	+2,0	181			vi	0		
		9	-				9	0					1/3		
51	cp	1	+2,0				1	-2,0					4+		
		2	-2,0	164		B	2	+2,0	182						
		9	-				9	0							
52	cp	1	+2,0				9	0							
		2	+0,5	165		B	10/90	0	183						
		3	-2,0	166		B	1/9	0							
		9	0												
		-	-	167		B	11	+1,0							
53	cp	1	+2,0				12	-2,0							
		2	+2,0				19	-1,0							
		3	+2,0				20	+2,0							
		4	+1,0				91	0							
		5	-1,0				92	-1,0							
		6	-2,0				99	0							
		9	0	168		I	B	10/20	-						
		-	-			II		1/2	-						
54	cp	1	a	9	-	169		B	11	-2,0					
55	cp	1000	+2,0						12	-1,0					
		2000	-2,0						21	0					
		9000	0						22	+2,0					
56	B	1	0	170		B	100/900	-							
		2	+1,0	171		I	B	10/90	-						
		3	-2,0			II		1/2	-						
		4	0	172		B	11	+1,0							
		9	0					12	+2,0						
		-	-					19	+1,0						

g=gravidade

s=suscetibilidade

B=benefícios ou bar

reiras

cc=conhecimento de

cancer cérvico

uterino

cp=conhecimento de

ex. Papanicolaou

co=conduta

VI=variável indepen

dente