



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

LEANDRO JOSÉ TOJAL SIQUEIRA

**RAZÕES DA NÃO ADESÃO DE MULHERES AOS
EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DE COLO
DO ÚTERO**

**ARACAJU-SE
2015**

LEANDRO JOSÉ TOJAL SIQUEIRA

**RAZÕES DA NÃO ADESÃO DE MULHERES AOS EXAMES
PREVENTIVOS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito obrigatório para obtenção de título de bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Rosana Cipolotti

ARACAJU-SE

2015

LEANDRO JOSÉ TOJAL SIQUEIRA

**RAZÕES DA NÃO ADESÃO DE MULHERES AOS EXAMES
PREVENTIVOS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Monografia apresentada ao Departamento de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe
como pré-requisito obrigatório para obtenção
de título de bacharel em Medicina.

Leandro José Tojal Siqueira
Graduando

Prof. Dra. Rosana Cipolotti
Orientadora

Aprovada em: ____/____/____

Prof. Ms. José Wilson Viana Jr.
Examinador

Dedico este trabalho aos meus pais, à minha irmã Lílian e ao meu sobrinho Kauã, combustíveis diários que me fazem não padecer diante das dificuldades. E incansavelmente, tornam-me melhor a cada dia. Obrigado por tamanha motivação que se confunde com tanto amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o melhor amigo que me presenteia constantemente com força e amor. Tudo que tenho alcançado tem a Tua intercessão.

Aos meus pais, alicerces constantes na caminhada, nas madrugadas de estudo e trabalho e nas angústias. Obrigado por alimentarem meus sonhos, por nutrirem a ideia de que, com amor e esforço, eu posso conquistar o que eu quiser. Minhas virtudes e minha formação refletem a abdicação incondicional a que se submeteram para me verem crescer.

À minha irmã Lílian, companheira, escudeira e paciente. Que não só me tolerou nas angústias com o trabalho, mas que incentivou e se fez voz anjo e doce de que tudo daria certo. E, em sua extensão, sou grato à força constante de meu sobrinho Kauã, peça-chave que tem modificado meu entendimento sobre o real sentido do trabalho, dos estudos e da vida. Eu os amo.

Ao Prof. Dr. Enaldo Vieira de Melo, tutor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), cuja pesquisa de campo deu origem aos presentes dados, bem como pela contribuição de todo o conjunto estatístico do trabalho.

À minha orientadora Dra. Rosana Cipolotti, detentora de um sorriso instigante e calmante. Obrigado pelas palavras certas e conselhos precisos. Sou sortudo por essa orientação e amizade.

A Dr. Alfredo e à Unidade de Saúde da Família Ministro Costa Cavalcante, pela oportunidade do estágio de onde surgiu o embrião desse trabalho. Obrigado pela disposição, paciência e ensinamentos.

À minha prima Lorena, incentivadora declarada que contribuiu ativamente na organização desse trabalho.

Agradeço a cada paciente por me permitir tocar em suas fragilidades e pudores, sentir suas dores, ainda que usasse mãos técnicas tão incipientes, ainda que imaturo para lidar com o sofrimento cru e vivo. Sem vocês, nada disso seria possível.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO CIENTÍFICO

- Tabela 1 – Frequência de adesão e não adesão ao exame preventivo segundo escolaridade, renda familiar, situação conjugal e frequência à USF. Sergipe, Brasil. Junho a setembro de 2011.....55
- Tabela 2 – Realização do exame Papanicolau na USF em 2010 e anterior a 2010. Sergipe, Brasil. Junho a setembro de 2011.....56
- Tabela 3 – Frequência das usuárias na Unidade de Saúde da Família. Sergipe, Brasil. Junho a setembro de 2011.....57
- Tabela 4 – Frequência de adesão e não adesão das usuárias segundo a frequência à USF. Sergipe, Brasil. Junho a setembro de 201157
- Tabela 5 – Distribuição da amostra estudada segundo os motivos alegados para a não realização do exame Papanicolau. Sergipe, Brasil. Junho a setembro de 2011 58

LISTA DE ABREVIATURAS

ABPTGIC	Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Febrasgo	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HPV	Papiloma Vírus Humano
IC	Índice de Confiança
IFF/Fiocruz	Instituto Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
IG/UFRJ	Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM-MS	Propostas de Atenção Integral à Saúde da Mulher do MS
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PRO-ONCO	Programa de Oncologia do IINCA/MS
QUALICITO	Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero
RN	Rio Grande do Norte
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação de Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SDM	Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama
SRC	Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER --	13
2.2 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO -----	14
2.2.1 DEFINIÇÃO -----	14
2.2.2 IMPORTÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA -----	15
2.2.3 CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO -----	17
2.2.4 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE RASTREIO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO -----	19
2.3 A ADEÇÃO AO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO -----	23
2.4 FEMININO, SEXUALIDADE E INFLUÊNCIAS HISTÓRICO-CULTURAIS --	27
2.5 A COMUNICAÇÃO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO -----	31
2.6 REFERÊNCIA -----	36
3. ARTIGO CIENTÍFICO	40
4.1 RESUMO -----	42
4.2 ABSTRACT -----	43
4.3 INTRODUÇÃO -----	44
4.4 MÉTODO -----	46
4.5 RESULTADOS -----	47
4.6 DISCUSSÃO -----	50
4.7 CONCLUSÃO -----	54
4.8 REFERÊNCIAS -----	55

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero cursa com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo. É o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 265 mil mulheres por ano. No Brasil, em 2014, são esperados 15590 novos casos, com um risco estimado de 15,3 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2012, representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres com óbitos. (INCA, 2014)

É uma doença de desenvolvimento lento, causada pela infecção persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano - HPV. A infecção genital por este vírus é muito freqüente e não causa doença na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer. Estas alterações das células são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolaou), e são curáveis na quase totalidade dos casos. (INCA, 2014)

O Ministério da Saúde (2011) dispõe que o exame deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que iniciaram atividade sexual. A priorização desta faixa etária como a população-alvo justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. A rotina recomendada para o rastreamento é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano.

Apesar do Ministério da Saúde (2002) apontar o exame de Papanicolau como um método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo que torna possível a detecção de lesões precursoras e das formas iniciais da doença, estudos mostram que ainda persistem fatores que corroboram para a não adesão das mulheres ao exame de Papanicolau.

Apesar das iniciativas implementadas no Brasil para a redução da incidência do câncer de colo de útero, com os avanços em nível da atenção primária e de todo SUS, reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil ainda é um desafio a ser vencido.

Considerando o importante papel da Unidade de Saúde da Família e os baixos números de adesão ao exame Papanicolau no município de Aracaju em

2010, através de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS), a equipe multidisciplinar engajada no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Ministro Costa Cavalcante, situada no Bairro Inácio Barbosa, despertou sua atenção para o estudo das causas da não adesão ao exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres sexualmente ativas atendidas na mencionada Unidade.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Encontram-se na literatura vários conceitos sobre saúde da mulher. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003).

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às questões relacionadas à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Na década de 50, as ações de saúde sofriam forte influência dos chamados 'Estados de Bem Estar' (Welfare States), oriundos da Europa, que se direcionavam a grupos vulneráveis. No Brasil, especialmente em relação à saúde da mulher, o objetivo seria fazer das mulheres "melhores mães", assim, a maternidade era o papel mais importante da mulher na sociedade; a criação dos filhos era para a mulher o papel mais relevante em relação ao desenvolvimento econômico. Dessa forma, nesse período foram iniciadas medidas de combate à desnutrição e de planejamento familiar.

Na década de 70 há um enfoque maior às questões relacionadas à equidade, que foi tema na Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976 – 1985). Os objetivos eram integrar as mulheres no processo de desenvolvimento, preocupando-se com sua autonomia política e econômica e com a redução da desigualdade com os homens. Na década de 70 há um enfoque maior nas questões relacionadas à equidade, que foi tema na

Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976 – 1985).

Com o desenvolvimento de estudos sobre a mortalidade perinatal e infantil em geral (incluindo o efeito do espaçamento das gravidezes) é cada vez mais evidente que esta abordagem tradicional não é adequada nem à proteção da saúde da infância, nem para resolver a questão da mortalidade materna. Com isso, no Brasil, a política pública evidenciou um salto de qualidade na década de 80, com a formulação de propostas de atenção integral à saúde da mulher (PAISM-MS; Resolução 123 do Inamps) que incluíram, pela primeira vez, serviços públicos de contracepção, e que visavam à incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, considerando todas as etapas de vida. (GIFFIN, 1991)

Os objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher baseiam-se em promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. Em Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. E na ampliação, qualificação e humanização a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004)

Na área da saúde da mulher, a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

2.2 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

2.2.1 DEFINIÇÃO

O câncer do colo do útero, também chamado de cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos (chamados oncogênicos) do Papilomavírus Humano - HPV. A infecção genital por este vírus é muito freqüente e não causa doença na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer. Estas alterações das células são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolaou), e são curáveis na quase totalidade dos casos (INCA, 2014).

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular, em 10% dos casos (INCA, 2014).

É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (INCA, 2014).

2.2.2 IMPORTÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 265 mil mulheres por ano (OMS, 2014).

No Brasil, em 2014, são esperados 15.590 casos novos, com um risco estimado de 15,3 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2012, esta neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres com óbitos, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,72 óbitos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2014)

As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África, apresentam valores bastante elevados. Segundo o Globocan (OMS, 2014), cerca de 85% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nos países menos desenvolvidos e a mortalidade por este câncer varia de 18 vezes entre as diferentes regiões do mundo, com taxas de menos de 2 por 100.000 na Ásia Ocidental e de 27,6 na África oriental.

Na análise regional no Brasil, o câncer do colo do útero se destaca como o primeiro mais incidente na região Norte, com 23,6 casos por 100.000 mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição, com taxas de 22,2/100 mil e 18,8/100 mil, respectivamente, e é o quarto mais incidente na região Sudeste (10,15/100 mil) e quinto na Sul (15,9/100 mil) (INCA, 2014).

Quanto à mortalidade, é também a região Norte que apresenta os maiores valores do país, com taxa padronizada pela população mundial de 10,5 mortes por 100.000 mulheres, em 2012. Em seguida estão, neste mesmo ano, as regiões Nordeste (5,81/100 mil), Centro-Oeste (5,35/100 mil), Sul (4,34/100 mil) e Sudeste (3,44/100 mil) (INCA, 2014).

As diferenças regionais se expressam de forma semelhante na mortalidade proporcional. Em 2012, na região Norte, as mortes por câncer do colo do útero representaram cerca 16% de todos os óbitos por câncer em mulheres, ocupando a primeira posição. No Nordeste e Centro-Oeste ocuparam a terceira posição (8,6% e 7,4% respectivamente). No Sul e no Sudeste o câncer do colo do útero foi responsável por 4,6% (BRASIL, 2014).

O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais (BRASIL, 2014).

2.2.3 CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento). O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, relativamente barato e de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável.

Tanto a incidência como a mortalidade por câncer do colo do útero podem ser reduzidas com programas organizados de rastreamento. Uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença foi alcançada nos países desenvolvidos após a implantação de programas de rastreamento de base populacional a partir de 1950 e 1960.

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer.

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero). Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo. A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolaou), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual (INCA, 2011)

A priorização desta faixa etária como a população-alvo do Programa justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. Segundo a OMS, a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução.

A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (INCA, 2011). A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (OMS, 2007)

O êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares:

- Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada;
- Alcançar a meta de cobertura da população alvo;
- Garantir acesso a diagnóstico e tratamento;
- Garantir a qualidade das ações;
- Monitorar e gerenciar continuamente as ações.

É importante destacar que a priorização de uma faixa etária não significa a impossibilidade da oferta do exame para as mulheres mais jovens ou mais velhas.

Na prática assistencial, a anamnese bem realizada e a escuta atenta para reconhecimento dos fatores de risco envolvidos e do histórico assistencial da mulher são fundamentais para a indicação do exame de rastreamento (BRASIL, 2007).

As mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais do colo do útero no rastreamento devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação diagnóstica e tratamento, segundo as diretrizes clínicas estabelecidas (INCA, 2006).

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO foi desenvolvido pelo INCA em 1999, em parceria com o Departamento de Informática do SUS (Datasus), como ferramenta de gerência das ações do programa de controle do câncer de colo do útero. Os dados gerados pelo sistema permitem avaliar a cobertura da população-alvo, a qualidade dos exames, a prevalência das lesões precursoras, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento.

O sistema está implantado nos laboratórios de citopatologia que realizam o exame citopatológico do colo do útero pelo Sistema Único de Saúde (módulo do prestador de serviço) e nas coordenações estaduais, regionais e municipais de detecção precoce do câncer (módulo de coordenação).

O formulário de requisição do exame citopatológico está disponível nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e também nas Unidades Secundárias que tratam as lesões precursoras. O formulário de requisição de exame histopatológico está disponível nas Unidades Secundárias.

2.2.4 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE RASTREIO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde (Pro-Onco) foi criado em 1986 como estrutura técnico-administrativa da hoje extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Com a Lei Orgânica da Saúde, em 1991, o Pro-Onco foi transferido para o INCA, tornando-se Coordenação de

Programas de Controle de Câncer. Suas linhas básicas de trabalho eram a informação e a educação, com foco nos quatro tipos de câncer mais incidentes, entre eles o do colo do útero e o de mama (ABREU, 1997).

Em setembro de 1995, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de um programa de âmbito nacional, visando ao controle do câncer do colo do útero. Uma equipe de técnicos do Ministério da Saúde, em parceria com organismos nacionais e internacionais, elaborou um estudo piloto que, mais tarde, subsidiaria o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.

O projeto-piloto, denominado Viva Mulher, foi implantado entre janeiro de 1997 e junho de 1998 em seis localidades (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe) e atendeu 124.440 mulheres, priorizando mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos.

Em 21 de junho de 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero através da Portaria GM/MS nº 3040/98. A primeira fase de intensificação ocorreu de agosto a setembro de 1998, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações (SISCOLO) e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo. Nesta fase, mais de três milhões de mulheres foram mobilizadas para fazer o exame citopatológico.

A coordenação do programa foi oficialmente transferida para o INCA por meio da Portaria nº 788/99, de 23 de junho de 1999. Neste mesmo ano foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO - para monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30/08/1999).

De 1999 a 2001 as ações pela oferta de serviços foram ampliadas, resultando na realização de oito milhões de exames citopatológicos por ano. Em 2002, o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção básica e a ampliação de centros de referência possibilitou a realização de uma segunda fase de intensificação. A exemplo do projeto piloto e da primeira fase de intensificação foi dada prioridade para

a faixa etária entre 35 e 49 anos. Nesta fase, foram examinadas mais de 3,8 milhões de mulheres.

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e da mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde -Portaria GM 2439/2005- (INCA, 2005). Neste mesmo ano, o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama – 2005-2007 propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas. A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi destacada no Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2006), por meio da inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios visando à melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional.

Em 2010 o Ministério da Saúde, considerando a persistência da relevância epidemiológica do câncer de colo do útero no Brasil e sua magnitude social, instituiu por meio da Portaria nº 310/2010 (BRASIL, 2010), um Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero. Coordenado pelo INCA, o grupo debateu os avanços e desafios em seis áreas: gestão; acesso e cobertura do rastreamento; qualidade do exame citopatológico; acesso e qualidade do tratamento; indicadores de impacto do programa do câncer do colo e novas tecnologias de controle. As conclusões e recomendações foram reunidas no Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo (INCA, 2010), publicado pelo INCA em 2010.

A priorização do controle do câncer do colo do útero foi reafirmada em março de 2011, com o lançamento do Plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer pela presidente da república Dilma Roussef. Em junho desse mesmo ano, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.473/2011 (BRASIL, 2011) instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde, entre elas, a Rede

de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e Mama.

Também em 2011, foi publicada a atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero pelo INCA, fruto de um trabalho em conjunto com representantes do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz); e do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IG/UFRJ), além da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Em 2013 a Portaria nº 874/2013 (BRASIL, 2010) institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse mesmo ano a Portaria nº 3.394/2013 instituiu o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), uma versão em plataforma *web* que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA).

Por meio da Portaria nº 3.388/2013 o Ministério da Saúde redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. A QualiCito consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento, pelos gestores do SUS, do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS (BRASIL, 2013).

Em 2014, a Portaria nº 189/2014 instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Esta Portaria estabeleceu os critérios para a habilitação das unidades, além do rol mínimo de exames necessários para o diagnóstico desses dois tipos de câncer.

Ainda em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o vírus HPV. A vacina é a quadrivalente, que oferece proteção contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. A vacina trará importante contribuição nas ações de prevenção deste câncer. Neste contexto, o Guia Prático sobre HPV – Perguntas e Respostas foi lançado pelo PNI, com colaboração do INCA, buscando esclarecer as principais dúvidas sobre o tema.

2.3 A ADESÃO AO EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Mesmo com o recurso do Papanicolau disponível no Brasil desde a década de 40, a mortalidade por câncer do colo uterino não tem diminuído nos últimos anos. Os fatores que vêm contribuir para esta realidade são: desinformação da população, ações de controle de forma isolada, uso inadequado da tecnologia, não priorizando a população de risco (BRASIL, 2001).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) coloca que, mesmo com as ações de prevenção e detecção precoce desenvolvidas no Brasil, como o Programa Viva Mulher e o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero a incidência e mortalidade têm-se mantido praticamente inalteradas. A manutenção da elevada incidência pode ter algumas explicações, seja pelo melhor diagnóstico da doença, que resulta em atestados de óbitos com causa morte bem definida, ou pelo diagnóstico tardio da neoplasia. O diagnóstico tardio, por sua vez, pode estar relacionado a fatores como: dificuldade de acesso aos serviços de saúde; incapacidade, nas unidades de saúde, de absorver a demanda; baixa capacitação dos recursos humanos em oncologia e ainda dificuldade dos gestores em estabelecer uma linha de cuidado que abranja todos os níveis de atenção.

Um estudo foi realizado no município de São Paulo (SP) no ano de 2000 com o intuito de se identificar a realização do exame preventivo de Papanicolau alguma vez na vida e sua realização nos últimos três anos. Foram entrevistadas 1.172 mulheres com idades que iam de 15 a 49 anos. Das mulheres pesquisadas, 117 relataram nunca ter feito o exame preventivo de Papanicolau, ao serem indagados a

respeito dos motivos que as levaram a não fazer o teste, os mais citados foram: ausência de problemas ginecológicos aparente, não julgarem necessários por se sentirem saudáveis, julgarem o exame embaraçoso/desconfortável, sentem medo ou vergonha do procedimento e dificuldades de acesso ao mesmo (PINHO et al. 2003).

No delineamento transversal tendo como sujeitos de estudo 1302 mulheres, CESAR *et al* (2003) notaram que mulheres de cor parda ou preta, de menor idade, renda familiar e escolaridade, que estavam vivendo sem companheiros e que tiveram o primeiro parto com 25 anos ou mais de idade foram as que apresentaram as maiores razões de prevalências para a não realização do exame preventivo.

Em um estudo realizado por Fiovarante e Souza (2003), que teve como finalidade identificar os fatores associados à realização do exame de Papanicolau pelas mulheres do estado de Minas Gerais (BR), mostrou que em relação à idade, a adesão é crescente até os cinquenta e nove anos, após essa idade, ocorre um declínio que fica mais acentuado após os setenta anos. Baseando-se na renda familiar, o estudo mostrou que dentre as mulheres com renda superior a cinco salários mínimos houve uma adesão de 79%, já as mulheres com renda inferior a um salário mínimo a adesão foi de apenas 55% (FIOVARENTE; SOUZA; 2003).

Houve uma grande diferença no volume de adesão ao preventivo em relação ao nível de escolaridade; 84% das mulheres com mais de doze anos de estudo aderiram ao exame, já entre as mulheres sem instrução alguma a adesão foi de apenas 37%. Outro dado importante do estudo foi à influência do fato da mulher possuir filhos ou não; 69% das mulheres que tinham filhos realizaram o exame de Papanicolau, porém, entre as mulheres que não possuem filhos essa adesão cai para 55%. As mulheres economicamente ativas tiveram uma adesão de 71%, dentre as mulheres economicamente não ativas essa adesão baixa para 60%. Mulheres que residiam na zona urbana realizaram mais exames (69%) do que as mulheres que residiam na zona rural (46%) (FIOVARENTE; SOUZA; 2003).

Em estudo com 120 mulheres realizado no município de Natal (RN), que tinha como uma de suas finalidades principais identificarem as causas que levam as mulheres a não adesão ao exame de Papanicolau, os autores atribuíram o medo de um mau resultado e a vergonha de fazer o exame como os principais fatores da não adesão ao preventivo. Entre os principais motivos de essas mulheres relutarem ao

fazerem o exame foram observados que 42% falaram da vergonha e do medo do procedimento, 37,5% falaram que tinham medo de um resultado ruim, 33,3% relataram dificuldade para marcar uma consulta como um grande empecilho e 29,2% não sabiam da importância de realização do exame. (DAVIM et al., 2005).

A fim de se analisar fatores associados a não realização do exame de Papanicolau entre os anos de 2001 e 2002 no município de Campinas (SP), foi realizado um estudo com 290 mulheres com idade a partir de 40 anos. Os autores relatam que a não adesão ao Papanicolau vem associado a fatores sociais, demográficos e econômicos. A não adesão ao exame mostrou-se significativamente superior em mulheres com até quatro anos de escolaridade, em mulheres com renda familiar inferior a quatro salários mínimos, nas mulheres com idade entre 40 e 59 anos, em mulheres que se auto designaram pardas ou negras e entre as mulheres que moravam em domicílios com cinco moradores ou mais (AMORIM et al., 2006).

Verificou-se que a não adesão ao exame preventivo foi mais frequente naquelas mulheres que não adotavam outras práticas preventivas e de cuidados a saúde como, por exemplo, os cuidados com a prevenção do câncer de mama. Na opinião das mulheres do presente estudo o fato da mulher achar que não é necessário realizá-lo apareceu entre 43,5% delas; 28,1% consideraram o Papanicolau “um exame chato e embaraçoso” e por isso não procuravam o serviço; 5,7% relataram não aderir ao exame por falta de conhecimento e 13,7% relataram dificuldade nas marcações. (AMORIM et al., 2006).

No estudo transversal de HACKENAAR, CESAR e DOMINGUES (2006), mostraram-se significativamente associadas a não realização do Papanicolau nos últimos três anos as seguintes variáveis: faixas etárias de 20 a 29 anos e 50 a 59 anos, menor escolaridade, cor da pele mulata ou preta e não consultar um ginecologista nos últimos 12 meses.

NETO *et al* (2008) mostraram que o principal motivo para a não realização do exame foi o fato de não estarem doentes. A maior parte das mulheres que não realizam o exame possuem idade avançada, menor escolaridade e menor nível socioeconômico.

Souza e Borba (2008), analisando os fatores determinantes na adesão das mulheres ao exame citológico no município de Assaré (CE) concluíram que fatores, crenças, tabus e preconceitos contribuem positivamente para não adesão ao exame, mostrando assim uma deficiência na compreensão da importância dessa técnica de prevenção bem como o desconhecimento das mulheres a respeito de como o exame é realizado. Essa falta de informação leva a insegurança e ao medo por parte das mulheres. Notaram também falta de conhecimento em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino, algo de suma importância na adoção de medidas preventivas.

Segundo FERNANDES *et al* (2009), as principais barreiras para a realização do exame relatadas foram descuido, falta de solicitação do exame pelo médico e vergonha.

Para ALBUQUERQUE *et al* (2009), viver sem companheiro, não ter dado à luz e não ter realizado consulta médica no último ano mostraram associação com a não realização do teste. Na análise multivariada, o baixo grau de escolaridade mostrou também efeito significativo.

Para FERREIRA (2009) as mulheres demonstraram desconhecimento do câncer, da técnica e da importância do preventivo. Revelaram ainda medo na realização e resultado do exame. A vergonha e o constrangimento foram sentimentos expressados por elas pela exposição da intimidade a que se submetem. Expressaram, ainda, possuírem valores culturais que dificultam a mudança de atitude. O acesso ao serviço, ter emprego e filhos também foram relatados como impedimento.

OLIVEIRA, *et al* (2010), avaliando 404 mulheres a partir dos 15 anos, verificaram que os motivos mais citados para a não realização do exame preventivo foram: falta de interesse (descuido) com 36,6% e ausência de queixas (30,4%). As mulheres responderam que não viam necessidade em realizar o teste por serem saudáveis. A falta de conhecimento da condição assintomática da doença já foi observada em outros estudos, nos quais mostraram que as mulheres reconhecem sintomas característicos de uma fase mais avançada da doença, como sangramento vaginal e dor pélvica. Outros motivos relatados para nunca terem realizado o teste foram: sentimentos de medo, de vergonha ou de inibição (24%).

2.4 SEXUALIDADE FEMININA E INFLUÊNCIAS HISTÓRICO-CULTURAIS

Martins (2004) ressalta que a ginecologia racionalizou a sexualidade feminina, transformando seu corpo num “objeto analisável, mensurável e sujeito a diversas práticas de objetivação” (Martins, 2004, p. 15). Tal gerenciamento também se apresenta no convencimento da medicina em tornar as mulheres pacientes, confiando nos especialistas e pautando suas vidas pela higiene e conselhos médicos, além de desempenharem funções maternas como sagrada e natural, tomando o corpo da mulher como “fundamento de identidade e de devir”.

Entre os séculos XVIII e XIX a problematização do corpo feminino tornou-se objeto de conhecimento que suscitava debates e divergia opiniões sobre a diferença feminina. Perdurando até o século XIX, a construção da imagem do corpo feminino como a imagem da mulher imperfeita origina-se desde os escritos de Aristóteles e Galeno. As interpretações dadas por esses autores contribuíram inicialmente para o modelo considerado modelo do sexo único. Nesse modelo, a diferença entre o homem e a mulher consistia na noção de perfeição, em que o corpo feminino era a imperfeição do masculino, visto que os órgãos sexuais femininos eram considerados invertidos, pois, diferente do homem, a mulher não teria calor suficiente para exteriorizar seus órgãos sexuais. Uma análise feita desse modelo expõe que apenas o sexo masculino era tido como existente, ou seja, nas relações entre homem e mulher eram as diferenças de gênero que valiam. No início do século XVIII, iniciou-se um novo modelo que embasava as diferenças sexuais no gênero e não no sexo. Tendo a Natureza como fundamentação, este novo modelo interpretava as mulheres como inferiores aos homens por serem menores, mais frágeis e sensíveis. Considerando, ainda, que as diferenças físicas entre homens e mulheres eram irreduzíveis, por estas diferenças estarem naturalmente inscritas nos corpos, constituídas de forma física e intelectual (Martins, 2004).

Com a finalidade de encontrar diferenças sexuais, nos séculos XVIII e XIX foram intensas as pesquisas científicas de método comparativo sobre o sexo, pois o corpo feminino era visto como diferente. Em pesquisas que envolviam discursos racistas e hierarquias naturais baseadas no desenvolvimento físico, a pélvis feminina

passou a ser o referencial anatômico da feminilidade. A partir de sucessivos estudos científicos sobre o corpo feminino, fenômenos fisiopatológicos foram cada vez mais intensificados como fases da vida da mulher, principalmente a gravidez e o parto. Assim, ainda no século XIX e alcançando o século XX, a mulher é vista por um modelo ambíguo de construção. As funções sociais de casamento, maternidade e educação dos filhos davam-lhe uma imagem de mulher moralmente superior, contudo, esta mesma mulher teria que controlar seus desejos e não se entregar ao desregramento. Ressalta-se que esse modelo, paradoxalmente, nega o corpo feminino na sua sexualidade, sendo esta voltada para a reprodução (Martins, 2004).

Pensando na possibilidade de estratégias eficazes na cobertura da prevenção do câncer cérvico-uterino, é preciso considerar que as influências histórico-culturais podem refletir-se na maneira de as mulheres enfrentarem o exame preventivo. Para isso, é importante que sejam investigados os sentimentos, as vivências e as expectativas das mulheres em relação ao método utilizado. Apesar de estes motivos já terem sido identificados pelo INCA como barreiras para uma melhor adesão da mulher ao exame preventivo, pesquisas que verificam relatos e experiências das próprias mulheres quanto à realização deste exame, bem como o significado que estas apresentam ao se submeterem ao procedimento, ainda são escassas. Ferreira e Oliveira (2006) expõem a relevância de investigações que apontem os motivos da não realização do exame preventivo, a fim de que possa haver maior adesão e cobertura desse procedimento. Pois, se as vivências das mulheres forem conhecidas, os significados por elas atribuídos podem servir como embasamento para planejar e adequar as orientações de prevenção.

Estudos apresentam que os sentimentos de desconforto, medo, vergonha e constrangimento são os mais expressos pelas mulheres (Paula e Madeira, 2003; Peloso e col., 2004; Cestari, 2005; Ferreira e Oliveira, 2006).

Ao investigarem o significado da submissão ao exame colpocitológico para as mulheres, Paula e Madeira (2003) verificaram que as percepções que elas trazem em relação ao preventivo interferem diretamente em seus comportamentos durante o exame. Assim, vergonha, ansiedade, medo ou tranquilidade também são, além de vividos, externalizados. As mulheres expõem o constrangimento e a vergonha, que

aliados à sensação de impotência, induzida pela própria posição ginecológica, podem potencializar esses sentimentos. Concluem, ainda, que a insegurança e o medo no momento do exame podem ser reflexo de esta mulher ficar sob o olhar do profissional, pois este está diante de intimidades e segredos que, para a mulher, por vezes, são resguardados. Peloso e colaboradores (2004) consideram que o medo e a vergonha das mulheres no momento da exposição aos exames podem estar relacionados à impessoalidade do procedimento, que é invasivo, expõe o corpo e aborda a questão da sexualidade, condições que envolvem temas que ainda são tabus para a mulher, referentes à exposição de seu corpo. Destacam ainda que estes sentimentos de constrangimento e ansiedade comprometem o preventivo.

Peloso e colaboradores (2004) atentam para o fato de que, no momento do exame, os profissionais parecem não compreender que a mulher encontra-se em situação de quase abandono e, assim, lidam com o evento de forma corriqueira e sem importância. Ressaltam ainda que a relação da postura do profissional, muitas vezes, pode caracterizar uma postura de submissão assumida pelas mulheres, e esta relação de submissão e dominação pode ser um empecilho para uma maior cobertura dos exames.

Bydlowski e colaboradores (2004) apontam que muitas vezes as situações envolvendo dominação-submissão podem se apresentar naturalizadas em populações que vivem em diferentes territórios. Contudo, estas dificultam mudanças nas formas de pensar e agir, visto que as condições perduram pelo conformismo ou costume, tendo-as como naturais e não se dispendo a modificá-las. Assim, ao considerar as ressalvas das mulheres em relação aos seus sentimentos diante do preventivo, caberia aos profissionais que estão em contato com estas na realização do exame “repensarem seus comportamentos de manipulação e dominação do outro” (Fernandes e Narchi, 2002, p. 227).

Paula e Madeira (2003) expõem que, na relação com o profissional, o corpo da mulher pode se calar, estando este corpo em posição de subjugamento e submissão. Destacam que os profissionais poderiam contribuir para tornar o momento do exame menos doloroso, passando a ser não só um espaço para a mulher ser examinada, mas também com possibilidades de ser ouvida, sentir-se

respeitada e protegida. As autoras consideram que para uma maior compreensão da mulher por ela mesma e pelo profissional que a atende é importante oferecer oportunidades para a mulher falar de si, a fim de que ela reflita suas experiências e se conscientize mais claramente sobre o que acontece consigo mesma. Ressaltam ainda que a mulher, durante o exame colpocitológico, é mais do que um colo uterino, ela é também “um corpo que tem sentimentos, que pulsa e vibra, que interage com o mundo, com o outro e consigo mesmo; que deixa transparecer por gestos, expressões, olhares, palavras e silêncio, como experienciar esse momento” (Paula e Madeira, 2003, p. 95).

Uma ambiguidade de sentimentos em relação ao exame citopatológico relaciona-se ao medo de sua realização. O medo da doença, da dor e da morte leva as mulheres ao cuidado com o corpo, e é este medo que as move ao serviço de saúde em busca de prevenção (Paula e Madeira, 2003). Contudo, apesar de a mulher reconhecer a importância da realização do exame, ao mesmo tempo teme o resultado, podendo fugir do procedimento e prejudicar sua realização (Peloso e col., 2004). Essa ambiguidade de sentimentos pode relacionar-se também à construção histórica do câncer.

A história do câncer foi construída sob imagens de vergonha; de abrigo do mal; do castigo divino; da zona de silêncio para se falar na doença; de responsabilização do doente; de comparações às moléstias como sífilis e lepra; de flagelo; de doença que corrói como verme e de argumentos de natureza moral (Sant’Anna, 2000). Os estudos de Cestari (2005) mostraram a crença no câncer como uma doença cercada de estigmas e fatal. Assim, outra barreira a ser ultrapassada na abordagem para o exame preventivo é o estigma do câncer historicamente construído. Canella e Rodrigues (2002) alertam que, como o câncer cervical apresenta fatores de risco relacionados à atividade sexual, este pode ser visto pela sociedade como inadequações do comportamento feminino, apresentando um estigma que, por vezes, o próprio profissional endossa.

Estudos concluem que o comportamento de prevenção dos sujeitos baseia-se em suas culturas e, dessa forma, os profissionais de saúde devem atuar de maneira diferenciada com as mulheres. Ou seja, há necessidade de que a organização e o

planejamento da prevenção não aconteçam isoladamente, nem ignorem a individualidade e a dignidade dos sujeitos, mas sim, que sejam vinculados ao contexto social destes (Paula e Madeira 2003; Peloso e col., 2004; Cestari, 2005); cabendo aos profissionais uma atuação de envolvimento, respeitando a intimidade, a privacidade e o direito da mulher de falar e conhecer sobre sua doença e saúde (Peloso e col., 2004). Considerando a autonomia e reconhecendo que as mulheres, ao se submeterem aos exames, sustentam-se em crenças e valores, por vezes, diferenciados de valores socialmente dominantes, faz-se necessária uma abordagem preventiva com mecanismos e profissionais capazes de alcançar as diversidades culturais.

2.5 A COMUNICAÇÃO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Os meios de comunicação podem ser fatores motivadores no comportamento de prevenção, desde que veiculados e incrementados para facilitar o acesso e provocar transformações nas mulheres (Fernandes e Narchi, 2002; Cestari, 2005). Assim, é importante o profissional de saúde alertar para a “necessidade de reestruturação do serviço de saúde, dos programas de prevenção e da divulgação dos comportamentos de prevenção pela mídia” (Cestari, 2005, p. 146).

Por vezes, os materiais de divulgação na abordagem da mulher para campanhas preventivas exploram conceitos que, apesar de terem o intuito de motivá-las, podem propor questões que não contribuem para que elas se envolvam na campanha. No material de divulgação que serviu como ação preparatória para a “Campanha 2002”, a sensibilização da mulher era realizada sob a frase: “Declare seu amor por você mesma”. A estratégia de comunicação da campanha foi utilizada procurando mobilizar o público para a questão do câncer do colo do útero, além de mobilizar as mulheres para ir às unidades. A idéia criativa a ser transmitida nesse projeto usou como símbolo as “rosas”, visando que as mulheres valorizassem a auto-estima e despertassem o sentimento de amor próprio “colocando o ato de realizar o exame como uma prova de amor por elas mesmas. (Cruz e Loureiro, 2008) A princípio, talvez, a primeira leitura dessa estratégia de comunicação pode parecer muito bonita, romântica, e cheia de boas intenções. Porém, com olhares

mais atentos, poderíamos indagar se, nesta estratégia de comunicação, o “amor próprio” não estaria trazendo uma mensagem de culpabilização e responsabilidade na mulher, desvinculando-a de todo um contexto sociohistórico e econômico; e, ainda, se o belo simbolismo das “rosas” não estaria, sutilmente, reforçando estigmas sociais de fragilidade feminina, por exemplo.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002b), para organizar a assistência na prevenção do câncer de colo do útero há que se prever facilidades na abordagem da mulher, que incluem: desenvolver métodos oportunistas de captura das mulheres que frequentam os postos por outros motivos; expor cartazes que demonstram as técnicas utilizadas nos exames; fornecer informações para o momento da coleta; criar espaços de privacidade para a mulher durante o exame; identificar e treinar profissionais sensibilizados para convencer as mulheres que estão na sala de espera para realizarem o exame; incentivar adoção de hábitos saudáveis pela mulher, que envolvem alimentação e exercícios físicos. Destacam-se, aqui, como apontam Zeferino e Galvão (1999), a deficiência e a relevância de pesquisas que considerem as necessidades locais, tendo em vista que estas investigações avaliem tanto a percepção quanto o conhecimento das mulheres sobre o câncer de colo uterino, bem como os fatores socioculturais que afetam seus comportamentos na procura pelos serviços. E, ainda, a importância de que tais pesquisas investiguem maneiras apropriadas para o recrutamento das mulheres em maior risco, como também o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde no controle e prevenção do câncer de colo uterino também devem ser considerados. Contudo, os mesmos autores ressaltam que, para atingir a população ainda não alcançada, revisar normas existentes não é o bastante, mas é necessário romper com as dificuldades concernentes ao alcance: “é necessário elaborar planos específicos em função das características das dificuldades existentes, que variam entre diferentes populações e ao longo do tempo” (Zeferino e Galvão, 1999, p. 355).

Assuntos condizentes à reprodução e outras doenças ginecológicas são verificados como motivadores para a ida às unidades básicas de saúde. Considerando a construção social de que a mulher “é mulher” enquanto pode reproduzir, destaca-se que motivos relacionados à reprodução estimulam ou não a adesão das mulheres aos exames preventivos (Cruz e Loureiro, 2008). Segundo o

INCA (2002a), mulheres abaixo da faixa etária priorizada nas campanhas fazem os exames por procurarem o serviço por motivos de natalidade, estando em fase reprodutiva. Por outro lado, de acordo com Pellosso e colaboradores (2004), pelo fato de estarem despreocupadas com reprodução, muitas mulheres não realizam o preventivo. Não se deve desconsiderar ainda que “a maior concentração de exames em mulheres jovens sugere que o controle do câncer do colo uterino está vinculado às consultas ginecológicas e obstétricas e, conseqüentemente, ocorre de forma oportunística” (Zeferino e Galvão, 1999, p. 359). Cestari (2005) constatou que a ida das mulheres ao ginecologista tinha o objetivo de detectar problemas ginecológicos não relacionados ao preventivo para câncer de colo uterino. Estudos de Hackenhaar e colaboradores (2006) demonstraram que as mulheres mais jovens, apesar de consultarem o ginecologista, não estão realizando os exames como o esperado, o que sugere que procuram o profissional por outros motivos, tais como infecções que impedem a realização do exame preventivo no dia da consulta. Ressaltam que estas deveriam ser orientadas e estimuladas a retornar à consulta para realização do exame. Nota-se, aqui, que estas mulheres em algum momento consultam os profissionais de saúde, portanto, tais oportunidades também merecem ser aproveitadas pelos profissionais, não apenas para orientar e estimular o retorno à consulta para o exame, mas também para eventuais esclarecimentos e orientações a estas mulheres na identificação de lesões precursoras do câncer ginecológico.

Nas orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002b) aos profissionais que realizarão o exame citopatológico, estes são atentados para explicar à mulher a importância da realização do exame para a manutenção de sua saúde, fornecendo maiores detalhes sobre em que consiste o exame, sanando as dúvidas manifestadas pela mulher e, ainda, após a coleta do material, deverá enfatizar o retorno. Essas orientações aos profissionais estão inseridas nas diretrizes do programa “Viva Mulher”, que consistem em “motivar a mulher a cuidar da sua saúde; melhorar a qualidade do atendimento à mulher” (INCA, 2002a, p. 22). A escolha por um serviço de atendimento pode ser influenciada pela ação do profissional, sendo este, importante para informar e educar a comunidade. Portanto, na orientação, é necessário que sejam utilizadas estratégias que envolvam diálogo, sensibilidade e empatia (Paula e Madeira, 2003; Pellosso e col., 2004; Cestari, 2005; Ferreira e Oliveira, 2006). Porém, o diálogo utilizado na abordagem deve ser

contextualizado às vivências da mulher, atentando para que o olhar direcionado a estas não esteja cheio de conceitos preestabelecidos.

É interessante perceber que, de uma maneira geral, a abordagem de campanhas preventivas enfatiza o conhecimento e o convencimento das mulheres a realizarem os exames, porém “cerca de 40% das mulheres que realizam o exame não buscam o resultado” (INCA, 2002a, p. 29). Entretanto, não basta apenas que a mulher conheça os métodos, é preciso que se envolva no processo, que suas práticas sejam incorporadas em seus cuidados cotidianos. Baseando-se em estudos realizados (Fernandes e Nachi, 2002; Paula e Madeira, 2003; Pelloso e col., 2004; Ferreira e Oliveira, 2006), pode-se destacar que o fator primordial que leva as mulheres para a realização do exame não é a conscientização de que precisa ser realizado, tendo em vista que muitas mulheres apresentaram esse reconhecimento, mas, sim, “é preciso uma disposição e uma convicção pessoal, uma vontade interior capaz de sobrepujar a insegurança e outros bloqueios e que possibilite o ato voluntário de ir ao encontro da prevenção” (Pelloso e col., 2004, p. 322). Assim, tornar os programas de prevenção mais próximos dos costumes, crenças e culturas das mulheres ainda não alcançadas nas campanhas é importante e configura-se como uma boa estratégia para que as ações preventivas atinjam essas mulheres. Cestari (2005) verificou que a não adesão aos programas de prevenção relaciona-se às crenças dos sujeitos a serem abordados, estando, portanto, o comportamento de prevenção baseado na cultura.

Desde que respeitados os valores e as crenças, os profissionais podem influenciar a mudança de comportamento quanto à prevenção. Para isso, os profissionais não devem agir fornecendo informações baseados apenas em seu conhecimento (Cestari, 2005). A fim de atingir objetivos que melhorem a qualidade de vida, é importante que os profissionais implantem medidas e ações educativas que apresentem impacto eficiente, caso contrário, estarão apenas executando programas preestabelecidos, sem alcançar soluções integradoras. A educação em saúde não deve ser apenas uma transmissão de orientações que despreza o conhecimento de quem as recebe, ou pouco acredita na sua capacidade de aprender ou modificar-se (Fernandes e Narchi, 2002). Educação em saúde deve ser uma forma de exercer a cidadania, com “ações generalizadas que provoquem

transformações nos indivíduos, para que estes passem a atuar como sujeitos dentro da sociedade, tendo a capacidade de atuar no controle das situações a que são submetidos” (Bydlowski e col., 2004).

A menção aos fatores de risco, principalmente nos meios de comunicação, merece uma observação especial na abordagem preventiva para o câncer do colo do útero. Como muitos desses fatores envolvem comportamentos sexuais, é relevante que sejam cuidadosamente abordados. Cestari (2005) avalia que os meios de comunicação são considerados incentivadores para a prática de prevenção, principalmente a televisão, mas, por outro lado, ressalta a grande influência que a televisão apresenta, e, com isso, as informações que muitas vezes, no intuito de aumentar a audiência, são sensacionalistas e não educativas. Bydlowski e colaboradores (2004) destacam que condições socioeconômicas desfavoráveis podem contribuir para gerar, em diferentes grupos, situações de vida consideradas iníquas entre grupos populacionais, o que proporciona diferentes condições de vida que podem ser evitáveis; sendo estas situações julgadas injustas quando comparadas aos demais grupos sociais. Dessa forma, ressaltam que a livre escolha dos comportamentos de risco não deve ser considerada causa da iniquidade, pois se caracteriza quando o comportamento de risco ocorre por falta de opção ou há inadequação dos serviços de saúde. Os indivíduos que se encontram nessa situação, além de não terem oportunidade de escolha, ainda não apresentam controle sobre a situação vivenciada. Nesse caso, portanto, é importante atentar para que não ocorra uma “estratégia assistencial pautada no ‘campanhismo’ inseqüente, dirigido por táticas de marketing descomprometidas com a vida e com a saúde da população” (Reis e col., 2003).

Em função dos achados apresentados acima, justifica-se um estudo abordando as razões que interferem na adesão aos exames preventivos para o câncer de colo uterino, incluindo as apontadas pelas próprias mulheres, em ambientes sócio-culturais específicos, como unidades básicas de saúde de um município da região nordeste do Brasil.

2.6 REFERÊNCIAS

ABREU, Evaldo de. Pró-Onco 10 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.43 n. 4, out./dez. 1997.

ALBUQUERQUE, K. M. de.; et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do útero em Pernambuco, **Brasil. Cad. Saúde Pública**. v. 25, sup. 2, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25s2/12.pdf>. Acesso em 18/11/2014

AMORIM, V. M. S. L.; et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 4. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n11/07.pdf>. Acesso em 16/11/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.473 de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 310 de 10 de Fevereiro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 maio de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do câncer do colo do útero: organizando a assistência: manual técnico. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manua_assistencia.pdf>. Acesso em: 03 de dezm. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária nº29). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datapus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> Acesso em: 14/11/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Prático Sobre HPV: Guia de Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério de Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006a. 76p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006. 76p.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.

Cadernos de Saúde Pública, RJ, 7 (2): 133-134, abr/jun, 1991

CESAR, J. A; et al. Fatores associados a não-realização do exame citológico de colo uterino no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n. 5, set./out. Rio de Janeiro: 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n5/17808.pdf>. Acesso em 17/11/2014

CESTARI, M. E. W. A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Programa Interinstitucional da USP, UEL e UNOPAR, Londrina, 2005.

CRUZ, L. M. B; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.120-131, 2008.

DAVIM, R. M. B.; et al. Conhecimento de mulheres de uma unidade básica de saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. **Rev. Esc. Enfem. USP**. v. 39, n.3 São Paulo: 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/07.pdf>. Acesso em 17/11/2014.

FERNANDES, J. V.; et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Publ.** v. 43, n. 5, São Paulo: 2009. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/sp/v43n5/355.pdf>. Acesso em 18/11/2014

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvicouterino e de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 223-230, 2002.

FERREIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 5-15, 2006.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc. Ana Nery Rev Enferm.** v.

13, n. 2, abr./jun. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2018.pdf. Acesso em: 18/11/2014

HACKENAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade de 20 a 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, focos e fatores associados à sua não realização. **Rev Bras Epidemiol.** v. 9, n. 1. São Paulo: 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v9n1/08.pdf>. Acesso em 18/11/2014

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Atlas da Mortalidade. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/> Acesso em: 14/11/2014.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf. Acesso em: 20 nov. 2014

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2002a.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf. Acesso em: 15 nov. 2014

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Portaria 2439. Política Nacional de Atenção Oncológica. 2005.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Viva mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro, 2002b.

MARTINS, A. P. V. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. **(Coleção história e saúde)**.

NETO, J. F. R.; FIGUEIREDO, M. F. S.; SIQUEIRA, L. G. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. **Rev. Eletr. Enf.** 2008; 10(3): 610-21. Acesso em 21/11/2014

OLIVEIRA, A. F.; CUNHA, C. L. F.; VIEGAS, I. F.; FIGUEIREDO, I. S.; BRITO, L. M. O.; CHEIN, M. B. C. Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de papanicolaou em um grupo de mulheres. **Rev Pesq Saúde**, 11(1): 32-37, jan-abr, 2010.

PAULA, A. F.; MADEIRA, A. M. F. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 88-96, 2003.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004. Disponível em: <http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2004_08_298_04_Pelloso%20et%20al_Conhecimento%20das%20mulheres.pdf>. Acesso em: 2 de dez. 2014.

PINHO, A. A.; et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, sup. 2. Rio de Janeiro: 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s2/a12v19s2.pdf>. Acesso em 20/11/2014

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

REIS, A. C. et al. Quando as campanhas viram uma mania: avaliação da eficácia da campanha de controle do câncer de colo uterino realizada em Santos em 1998. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 93-100, maio/ago. 2003.

SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M. G.; FAVERO, M. H. (Org.). **A mulher e o câncer**. São Paulo: Livro Pleno, 2000. p. 43-70.

Saúde da mulher/Paula Trindade Garcia (Org.). - São Luís, 2013. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

SOUSA, L. M.; FIORAVENTE, E. Fatores associados à realização do exame preventivo papanicolaou pelas mulheres do Estado de Minas Gerais em 2003. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A028.pdf. Acesso em: 25/11/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em 28 nov. 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 19/05/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Lyon, 2008. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em 28 nov. 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

ZEFERINO, L.; GALVÃO, L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil? In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec: Population Council, 1999. p. 346-365.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

RAZÕES DA NÃO ADESÃO DE MULHERES AOS EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

REASONS FOR NON-ADHERENCE OF WOMEN TO PREVENTIVE EXAMS OF CERVICAL CANCER

Leandro J Tojal Siqueira¹; Carla MV de Melo¹; Milena M de Sá²; Luana P Moro³; Maria RS Santos³; Enaldo V de Melo⁴; Alfredo JA Vieira⁵; Leila MV Garcez⁶; Rosana Cipolotti⁷

1. Graduando em Medicina. Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil;
2. Médica pela Universidade Federal de Sergipe em 2014/1. Aracaju, Sergipe, Brasil
3. Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Sergipe em 2012/2. Aracaju, Sergipe, Brasil
4. Doutor em Ciências da Saúde; Prof. Assistente-Doutor do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Tutor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em 2010 e 2011. Aracaju, Sergipe, Brasil
5. Médico do Programa Saúde da Família; Preceptor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); Preceptor do Estágio em Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil
6. Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Sergipe. Especialização em Saúde Pública. Preceptora Assistente Social do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Aracaju, Sergipe, Brasil
7. Doutora em Medicina-Hemato-Oncologia Pediátrica; Professora-Associada. Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil.

Endereço para correspondência:

Leandro José Tojal Siqueira
Av. Adélia Franco 3662 – Condomínio Moradas do Adriático. Ed. Trieste. Ap 203
CEP: 49040-020
(5579)32179535/(5579)91615171
leow41@gmail.com

RESUMO

O câncer de colo de útero ainda representa um grave problema de saúde pública, em especial nos países subdesenvolvidos, responsáveis por 80% dos casos de mortalidade e incidência mundial. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo uterino é a segunda neoplasia mais comum entre as mulheres no mundo, com o aparecimento de 530 mil novos casos e 274 mil mortes por ano. A partir dessa realidade, buscou-se conhecer as principais causas da não adesão das mulheres sexualmente ativas ao exame preventivo de câncer de colo de útero ofertado pela USF Ministro Costa Cavalcante em Aracaju - SE, para propor novas formas de chamada à realização do exame e desenvolver atividades de cunho educativo na referida USF. Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico com objetivo de avaliar a não adesão, utilizando de questionário com questões fechadas que considerou a adesão ao preventivo em 2009. A amostra inicial consistiu em 125 mulheres pós-sexarca com idade média de $33 \pm 11,6$ com mínimo de 15,0 e máximo de 68,0 anos. A frequência de não realização do exame foi de 32,8% com IC 24% a 40,8%. A frequência de realização com 3 anos e com 2 anos foi de respectivamente 9,6% com IC 4,8% a 15,2%, e 20% com IC de 12,8% a 28%. A realização do exame há 1 ano ocorreu em 37,6% com IC 29,6% a 45,6%. Após análise dos dados obtidos, constatou-se que a área de menor adesão ao referido exame é a 29 com 51,2%, seguida da área 14 com 37,2%, e 57 com 26,9%. Percebemos que fatores como situação conjugal, renda familiar e escolaridade não interferiram na diferença de adesão entre as áreas estudadas.

Palavras-chave: Exame citopatológico, frequência de adesão, causas de não adesão.

ABSTRACT

Cervical cancer is still a major public health problem, especially in developing countries, account for 80% of deaths and incidence worldwide. According to the National Cancer Institute (INCA), cervical cancer is the second most common cancer among women worldwide, with the appearance of 530,000 new cases and 274,000 deaths each year. From this fact, we sought to know the main causes of non-adherence of sexually active women to preventive screening of cervical cancer offered by Health Unit Family (HUF) Ministro Costa Cavalcante in Aracaju - SE, to propose new ways to call for the examination and develop educational nature activities in that HUF. This is an observational, cross-sectional analytical study to evaluate non-adherence, using a questionnaire with closed questions that considered the compliance with preventive in 2010. The initial sample consisted of 125 women with a mean age of 33 ± 11.6 to 15.0 min and a maximum of 68.0 years. The frequency of non-performance of the test was 32.8% with Confidence Index (CI) 24% to 40.8%. The frequency of application with 3 years and 2 years was respectively 9.6% with CI 4.8% to 15.2%, and 20% CI 12.8% to 28%. The examination carried out 1 year ago occurred in 37.6% CI 29.6% to 45.6%. After analyzing the data obtained, it was found that the area of lower adherence to this examination is the 29 with 51.2%, followed by 14 area with 37.2%, and 57 with 26, 9%. We realize that factors such as marital status, family income and education did not affect the adhesion difference between the studied areas.

Key Words: pap smear, adherence frequency, reasons for non-adherence

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero ainda representa um grave problema de saúde pública, em especial nos países subdesenvolvidos responsáveis por 80% dos casos de mortalidade e incidência mundial. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo uterino é a segunda neoplasia mais comum entre as mulheres no mundo, com o aparecimento de 530 mil novos casos e 274 mil mortes por ano.

No Brasil, o câncer de colo de útero é considerado a segunda maior neoplasia, superado apenas pelo câncer de pele. Em 2010 foram estimados 18.430 casos novos ou 18 casos a cada 100 mil mulheres, reforçando que o rastreamento via exame Papanicolau é de fundamental importância para prevenção e controle do câncer. Através do exame é possível detectar a presença do câncer uterino em seu estágio inicial o que aumenta a chance de cura em até 100%. Contrariando essa perspectiva, ainda existem no Brasil cerca de 6 milhões de mulheres que nunca fizeram o exame citopatológico ou qualquer tipo de exame preventivo. No Brasil, a taxa de mortalidade é 4,66 por 100 mil. No país, 5160 mulheres morreram da doença em 2011 (INCA 2014).

No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce do câncer de colo de útero é através da realização do exame citopatológico preventivo do câncer do colo do útero, conhecido popularmente como exame de Papanicolau.

O Ministério da Saúde (2011) dispõe que o exame deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que iniciaram atividade sexual. A priorização desta faixa etária como a população-alvo justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. A rotina recomendada para o rastreamento é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano.

Apesar do Ministério da Saúde (2002) apontar o exame de Papanicolau como um método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo que torna possível a

detecção de lesões precursoras e das formas iniciais da doença, estudos mostram que ainda persistem fatores que corroboram para a não adesão das mulheres ao exame de Papanicolau: o desconhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero; o baixo nível de escolaridade; vergonha e medo de fazer o exame, assim como o medo dos resultados; recusa ao convite para realização do exame citopatológico (rastreamento); ausência de sensibilização do profissional e da unidade de saúde para a rotina dos exames; falta de qualidade e humanização no atendimento.

É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, apresentar secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados.

A presença do câncer de colo de útero está imbricada a fatores de risco como a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro); o início precoce das relações sexuais e a multiparidade. Além desses fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em nutrientes e o uso de anticoncepcionais. Atualmente, a teoria mais aceita para a explicação do aparecimento do câncer do colo do útero repousa na transmissão sexual.

Apesar das iniciativas implementadas no Brasil para a redução da incidência do câncer de colo de útero, com os avanços em nível da atenção primária e de todo SUS, reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil ainda é um desafio a ser vencido.

Considerando o importante papel da Unidade de Saúde da Família e os baixos números de adesão ao exame Papanicolau no município de Aracaju em 2010, através de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS), a equipe multidisciplinar engajada no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Ministro Costa Cavalcante situada no Bairro Inácio Barbosa, despertou sua atenção para o estudo das causas da não adesão ao exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres sexualmente ativas atendidas na mencionada Unidade de Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, com coleta de dados de maneira prospectiva com mulheres sexualmente ativas que são acompanhadas pela Unidade de Saúde da Família Ministro Costa Cavalcante localizada no bairro Inácio Barbosa em Aracaju, avaliadas no período de Junho a Setembro de 2011. Seguindo a periodicidade recomendada, questionou-se sobre a realização do exame de prevenção do câncer de colo de útero no ano de 2010. A amostragem foi realizada por conveniência e de forma consecutiva. Foram selecionadas mulheres residentes no território da USF que compreende as áreas 14, 29 e 57 para responder um questionário que contempla características sócio-demográficas dos pacientes, notadamente a idade, escolaridade, renda familiar, frequência de realização de exames e outros aspectos de relevância para o estudo em questão. A amostra constitui-se de 125 mulheres, onde todas as entrevistas foram realizadas dentro da referida Unidade de Saúde. Para esta pesquisa, consideramos a adesão das mulheres ao exame do Papanicolau aquelas que realizam tal exame anualmente.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 0220.0.107.000-11).

As variáveis descritivas foram sumarizadas como frequências simples e porcentagens e seus respectivos intervalos de confiança. Enquanto as quantitativas foram expressas como média e desvio padrão. Utilizou-se o programa SPSS versão 17 para teste.

RESULTADOS

A amostra foi constituída pelo total de 125 mulheres usuárias dos serviços da Unidade Saúde da Família Ministro Costa Cavalcante residentes nas áreas 14, 29 e 57 do município de Aracaju, no ano de 2011, que abrangem o território da Unidade. A população entrevistada tinha média de idade $33 \pm 11,6$ com mínimo de 15,0 e máximo de 68,0 anos.

Buscou-se contemplar proporção semelhante de mulheres em cada uma das áreas da USF. Da área 14, foram entrevistadas 49 mulheres, da área 29, 34 mulheres e 42 mulheres da área 57. A maior taxa de adesão ao exame foi verificada na área 29 (41,2%) e a menor taxa de adesão foi vista na área 57 (35,7%). Quanto ao tempo de residência nas áreas observou-se uma média global de $13,2 \pm 10,3$ anos.

Quanto à escolaridade, observou-se que 32,8% das mulheres possuíam nível fundamental incompleto. Já em relação à renda familiar prevaleceu o valor de um salário mínimo (34,4%) (Tabela 1). As mulheres que possuem um companheiro representam 63,2% das entrevistadas. Foi avaliada a relação entre escolaridade, renda familiar, situação conjugal e frequência regular à Unidade de Saúde com a proporção de adesão e não adesão ao exame preventivo, tendo sido observada proporção significativamente mais elevada entre as mulheres que frequentam regularmente a Unidade.

Tabela 1 – Frequência de adesão e não adesão ao exame preventivo segundo escolaridade, renda familiar, situação conjugal e frequência à USF. Sergipe, Brasil. Junho a setembro de 2011.

Variável	n (%)	Não adesão n (%)	Adesão n (%)	p
Escolaridade				0,13
Analfabeto	4 (3,2)	2 (2,6)	2 (4,3)	
Fundamental incompleto	41 (32,8)	28 (35,9)	13 (27,7)	
Fundamental completo	14 (11,2)	7 (9,0)	7 (14,9)	
Ensino médio incompleto	13 (10,4)	7 (9,0)	6 (12,8)	
Ensino médio completo	29 (23,2)	14 (17,9)	15 (31,9)	
Ensino superior incompleto	12 (9,6)	11 (14,1)	1 (2,1)	
Ensino superior completo	12 (9,6)	9 (11,5)	3 (6,4)	
Renda Familiar				0,41

Menos de 1 salário mínimo	33 (26,4)	18 (23,1)	15 (31,9)	
1 salário mínimo	43 (34,4)	25 (32,1)	18 (38,3)	
2 a 5 salários mínimos	38 (30,4)	27 (34,6)	11 (23,4)	
5 ou mais salários mínimos	11 (8,8)	8 (10,3)	3 (6,4)	
Situação conjugal				0,20
Solteiro	42 (33,6)	29 (37,2)	13 (27,7)	
Tem um companheiro	79 (63,2)	48 (61,5)	31 (66,0)	
Frequência à USF				0,03
Sim		55 (70,5)	42 (89,4)	
Não		22 (28,2)	4 (8,5)	

Quando interrogadas sobre a realização do exame no ano anterior, 34,4% das mulheres responderam afirmativamente. Foi observado, ainda, que 36% das entrevistadas responderam que não realizaram o exame em nenhum momento anterior (Tabela 2).

Tabela 2 – Realização do exame Papanicolau na USF em 2010 e anterior a 2010. Sergipe, Brasil. Junho a setembro de 2011.

Realização do exame em 2010	n (%)
Sim	43 (34,4)
Não	82 (65,6)
Realização do exame anterior a 2010	
Sim, há 1 ano	46 (36,8)
Sim, há 2 anos	19 (15,2)
Sim, há mais de 3 anos	15 (12,0)
Nunca realizou	45 (36,0)

Constatou-se que 34,4% das usuárias realizaram o referido exame no ano de 2010. Das mulheres que realizaram o exame, a maioria afirmou que o fez por demanda espontânea, em segundo lugar alegam ter realizado por recomendação da equipe e, em terceiro lugar, por apresentarem queixas ginecológicas.

Todas as mulheres afirmaram ser importante realizar o exame Papanicolau. Já no que se refere a sua periodicidade, 52,0% das entrevistadas acreditam ser necessário fazer o exame a cada semestre, 46,4% anualmente e 1,6% a cada dois anos.

Com relação à ida das usuárias à USF Ministro Costa Cavalcante observou-se que 82,1% das mulheres costumam frequentar a Unidade. Essas idas à USF são realizadas semestralmente (13,6%), sempre que necessário (8,0%) e anualmente (64,8%), como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Frequência das usuárias na Unidade de Saúde da Família. Sergipe, Brasil. Junho a setembro de 2011.

Frequência à USF	n (%)
Semestralmente	17 (13,6)
Anualmente	81 (64,8)
Sempre que necessário	10 (8,0)
Não costuma frequentar	17 (13,6)

Na Tabela 4, observa-se a associação entre a frequência das usuárias à Unidade de Saúde da Família Ministro Costa Cavalcante e a adesão ao exame preventivo. Das mulheres que realizaram o exame, a maioria costuma frequentar a USF sempre que necessário.

Tabela 4 – Frequência de adesão e não adesão das usuárias segundo a frequência à USF. Sergipe, Brasil. Junho a setembro de 2011.

Frequência à USF	Não adesão n (%)	Adesão n (%)
Semestralmente	11 (14,1)	12 (25,5)
Anualmente	49 (62,8)	3 (6,4)
Sempre que necessário	2 (2,6)	32 (68,1)
Não costuma frequentar	16 (20,5)	0 (0,0)

Observou-se que no que se refere à causa de não realização do exame de preventivo do câncer de colo de útero na USF, os motivos pessoais que mais se destacaram foram a realização do exame em estabelecimento particular (15,2%), a falta de interesse (14,4%) e o desconhecimento do exame ou falta de informação (13,6%). Dentre os motivos associados à assistência do serviço ficaram evidentes a falta de confiança na equipe ou vergonha (12,8%) e a demora na entrega dos resultados (12,0%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da amostra estudada segundo os motivos alegados para a não realização do exame Papanicolau. Sergipe, Brasil. Junho a setembro de 2011.

Motivos Alegados	n (%)
Pessoais	
Realiza o exame em estabelecimento particular	19 (15,2)
Falta de interesse	18 (14,4)
Desconhece o exame/falta de informação	17 (13,6)
Não apresenta queixa ginecológica	14 (11,2)
Falta de tempo	11 (8,8)
Trabalho	10 (8,0)
Filhos	6 (4,8)
Relacionados ao serviço	
Possui plano de saúde	17 (13,6)
Falta de confiança na equipe/vergonha/constrangimento	16 (12,8)
Demora na entrega dos resultados	15 (12,0)
Falta de cobertura do serviço pela USF	5 (4,0)

¹Algumas categorias permitem mais de uma alternativa

DISCUSSÃO

Considerando a alta taxa de incidência e de mortalidade do câncer de colo de útero e, tendo em vista a possibilidade de detecção precoce e de cura quando diagnosticado em seu início, tem-se como objetivo compreender os motivos que levam a mulher a não realizar o exame colpocitológico. É relevante lembrar-se da importância que o exame de Papanicolau tem para a detecção precoce desta neoplasia, e como consequência, para redução da mortalidade por causa do câncer.

Na USF Ministro Costa Cavalcante, em Aracaju, Sergipe, existe um grande índice de não adesão ao exame preventivo de câncer de colo de útero contrariando o que o Ministério da Saúde preconiza – 80% do público alvo deve fazer o exame anualmente para evitar a doença. Embora 100,0% das mulheres considerem o exame importante e 82,1% visitem a unidade regularmente, 36,0% delas nunca realizaram o exame na USF, o que é coerente com a taxa de não realização em 2010 (65,6%).

Diferindo de estudos anteriores sobre a realização do exame Papanicolau, constatou-se que os fatores situação conjugal, renda familiar e escolaridade não interferiram na adesão ao exame na unidade de saúde.

Dentre os vários motivos de ordem pessoal elencados para a não realização do exame na unidade estão: a falta de interesse (14,4%) e a falta de informação/desconhecimento do exame (13,6%), o que contradiz o fato de a totalidade das mulheres entrevistadas afirmarem que o exame é importante e 13,6% referirem que o exame deve ser realizado semestralmente e 64,8% anualmente. O dado de “falta de informação” é um dado que merece destaque e a atenção da Unidade de saúde, no sentido de melhor atingir o público alvo do exame. Em estudo anterior²⁷ observou-se que crenças, tabus e preconceitos contribuem positivamente para a não adesão ao exame, pontuando que a falta de informação sobre como o exame é realizado leva à insegurança e ao medo por parte das mulheres, ainda que considerem o exame importante. Identificou-se também falta de conhecimento em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino, algo de suma importância na adoção de medidas preventivas.

O pensamento equivocado de só procurar atendimento médico após aparecimento de sintomatologia se reflete em 11,2% das mulheres. Essas alegaram não realizar o exame por não apresentarem queixa ou problema ginecológico. Como observou outro estudo²⁵, um dos principais motivos para a não realização do exame preventivo foi a ausência de problemas ginecológicos aparente, referido por 45,3% das mulheres que, sentindo-se saudáveis, julgavam desnecessária a exposição ao exame. Já foi verificado²¹ que a maior parte das mulheres entrevistadas que não realizaram o exame não o fazem por não possuir queixas ginecológicas. A falta de conhecimento da condição assintomática da doença já foi observada por Lee¹⁸, mostrando que as mulheres reconhecem sintomas característicos de uma fase mais avançada da doença, como sangramento vaginal e dor pélvica. Fica evidente que a ausência de sintomatologia indicando alguma alteração do organismo pode contribuir para que as mulheres não busquem cuidados médicos-ginecológicos. Isso é prejudicial, já que o câncer de colo uterino tem uma fase sub-clínica e ao se realizar a rotina preventiva adequada, ganha-se tempo hábil para a detecção de lesões pré-malignas, melhorando o prognóstico. Através do exame é possível

detectar a presença da neoplasia em seu estágio inicial o que aumenta a chance de cura em até 100%.

Em relação aos motivos referentes ao serviço, verificou-se que entre as mulheres que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), vergonha ou falta de confiança na equipe representaram 12,8% das causas alegadas. Esse dado reafirma o que foi observado em diversos outros estudos^{1;14;23;24}, segundo os quais sentimentos de desconforto, medo, vergonha e constrangimento são os mais expressos pelas mulheres. Um dado importante verificado durante a pesquisa é que algumas usuárias têm receio de que, ao fazer o exame, seu resultado possa vir a ser comentado com outros usuários da USF. Sabe-se que uma das prerrogativas que regem o SUS é o acolhimento, em que a equipe deve transmitir confiança, segurança e apoio aos usuários, criando um vínculo de co-responsabilidade. Peloso *et al*²⁴ afirmam que, no momento do exame, os profissionais esquecem que a mulher está sob uma situação de quase abandono e, assim, lidam com o evento de modo corriqueiro, sem a devida importância. Tal postura profissional muitas vezes leva a uma atitude de submissão assumida pelas mulheres, e essa relação de submissão e dominação torna-se um obstáculo para uma maior cobertura dos exames. Pinho *et al.*²⁵ afirmam que sentimentos de constrangimento e vergonha ameaçam a aceitação do teste por adquirir para algumas mulheres um caráter invasivo à privacidade e à integridade corporal. Segundo Lazcano-Ponce *et al.* e Lee *et al opud* Pinho *et al.*²⁵, o exame ginecológico é visto por muitas mulheres como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável.

Uma ambiguidade de sentimentos em relação ao exame citopatológico relaciona-se ao medo de sua realização. Segundo Paula e Madeira²³ O medo da doença, da dor e da morte leva as mulheres ao cuidado com o corpo, e é este medo que as move ao serviço de saúde em busca de prevenção. E verifica-se isso com a taxa de 82% das mulheres entrevistadas que afirmam frequentar a Unidade Básica de Saúde regularmente. Contudo, apesar de a mulher reconhecer a importância da realização do exame, observa-se²⁴ que ao mesmo tempo teme o resultado, podendo fugir do procedimento e prejudicar sua realização. Essa ambiguidade de sentimentos pode relacionar-se também à construção histórica do câncer. Canella e Rodrigues¹³ apontam que o modelo historicamente construído do câncer cervical, por apresentar fatores de risco relacionados à atividade sexual, pode ser visto pela sociedade como

inadequações do comportamento feminino, apresentando um estigma que, por vezes, o próprio profissional endossa.

Para a realização de estratégias eficazes na cobertura da prevenção do câncer de colo do útero, é fundamental levar em consideração que influências histórico-culturais refletem no modo de as mulheres enfrentarem o exame preventivo. Faz-se necessário, portanto, que sejam investigados os sentimentos, as vivências e as expectativas das mulheres em relação ao método utilizado.

Um terceiro motivo alegado é a demora na entrega dos resultados (12,0%). O laudo do exame demora em média 30 a 45 dias para chegar à Unidade onde é entregue ao (à) enfermeiro (a), que repassa à usuária. A espera pelo exame na rede pública de saúde é maior, se comparado a clínicas particulares, onde o prazo máximo para entrega do exame é de 15 dias.

Nos poucos estudos que abordam as dificuldades de acesso e realização do teste de Papanicolau, ressalta-se o aspecto organizacional relacionado às dificuldades financeiras, devido o alto custo de assistência e acessibilidade geográfica ao serviço de saúde, longo período de espera para que a mulher marque a consulta, indisponibilidade de recursos materiais e humanos, expresso na ausência de instrumentais, absenteísmo médico, falta de vagas para consultas, falta de tempo devido ao horário de trabalho da usuária ou por não ter com quem deixar os filhos ou problemas na relação médico-instituição-paciente. Algumas mulheres neste estudo relataram dificuldades pessoais para procurar o serviço de saúde tais como: trabalho, filhos e falta de tempo (21,6%).

CONCLUSÃO

Observou-se que a taxa de não adesão ao exame preventivo de câncer de colo do útero é alta, se comparada às metas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Dentre os principais motivos para a não realização do exame destacam-se a falta de interesse da usuária, a vergonha/falta de confiança na equipe e a demora na entrega dos resultados.

Questiona-se, assim, a qualidade do vínculo estabelecido entre a equipe de saúde e as usuárias da Unidade, ao tempo em que sugere-se realização de atividades educativas que esclareçam sobre o tema, bem como a investigação dos sentimentos, vivências e expectativas das mulheres em relação ao método a fim de se aumentar a cobertura do exame.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM, V. M. S. L.; et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 4. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n11/07.pdf>. Acesso em 16/11/2014
2. ANDREOLI TE, CARPENTER CCJ, GRIGGS RC, LOSCALZO J. **Medicina Interna Básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A; 1998.
3. ARROSSI S.; SANKARANARAYANAN R.; PARKIN DM. **Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America**. *Salud Publica Mex*, 2003.
4. BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.
6. BRASIL, Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle e Prevenção do Cancer do Colo do Utero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Instituto viva mulher. **Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro INCA, 2002.
8. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Dados sobre câncer de colo do útero**. Disponível em: www.inca.org.br
9. BRASIL, Ministério da Saúde. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer cérvicouterino no Brasil**. Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <http://www.inca.org.br>.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil: 1999**. Rio de Janeiro: INCA, 1999. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf

11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle ao Câncer de Colo de Útero** – Brasília, 2010. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/textos_referencia
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ação para a redução da incidência e mortalidade por câncer de colo do útero**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario_colo_uterio_versao_2011.pdf
13. CANELLA, P.; RODRIGUES, L. H. M. Sexualidade e câncer do colo uterino. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 311-316, 2002.
14. CESTARI, M. E. W. A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Programa Interinstitucional da USP, UEL e UNOPAR, Londrina, 2005.
15. DIÓGENES MAR, REZENDE MDS, PASSOS NMG. **Prevenção do Câncer: Atuação do enfermeiro na Consulta de enfermagem**. 2ª ed. Fortaleza: Pouchain Ramos Gráfica; 2001.
16. EIRA, Luiz Antonio; FONSECA, Cristina M. O.. (Coord.) **De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2007.
17. FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. **Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres**. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 abr-jun.
18. LEE, MC 2000. **Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Kore -an American women**. *Cancer Nursing*, 23:168-175
19. MACIELL, Shirley Suely Soares Veras, et al(orgs). **Mortalidade por câncer de colo do útero em Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco**. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, jan.-mar. 2011.
20. MELLO Jorge MH, GOTLIEB SLD, LAURENTI R. **O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I-mortes por causas naturais**. *Rev Bras Epidemiol*. 2002.
21. OLIVEIRA, A. F.; CUNHA, C. L. F.; VIEGAS, I. F.; FIGUEIREDO, I. S.; BRITO, L. M. O.; CHEIN, M. B. C. Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de papanicolaou em um grupo de mulheres. *Rev Pesq Saúde*, 11(1): 32-37, jan-abr, 2010.

22. OLIVEIRA MMHN, SILVA AAM, BRITO LMO, COIMBRA LC. **Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão.** *Rev Bras Epidemiologia* 2006.
23. PAULA, A. F.; MADEIRA, A. M. F. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. *Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 37, n. 3, p. 88-96, 2003.
24. PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004. Disponível em: <http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2004_08_298_04_Pelloso%20et%20al_Conhecimento%20das%20mulheres.pdf>. Acesso em: 2 de dez. 2014.
25. PINHO, A. A.; et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, sup. 2. Rio de Janeiro: 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s2/a12v19s2.pdf>. Acesso em 20/11/2014
26. ROSA, Maria Inês da, et al (orgs). **Papilomavírus humano e neoplasia cervical.** *Cad. Saúde Pública*, vol.25, no.5, Rio de Janeiro, May 2009.
27. SOUSA, L. M.; FIORAVENTE, E. Fatores associados à realização do exame preventivo papanicolaou pelas mulheres do Estado de Minas Gerais em 2003. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A028.pdf. Acesso em: 25/11/2014.
28. SOUZA, B.B.; BORBA, P.C. Exame Citológico e os Fatores Determinantes na Adesão de Mulheres na Estratégia Saúde da Família do Município de Assaré. *Caderno cultura e ciência*, v.2, n.1, p.36-45, 2008.