

Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino

Sandra Marisa Pelloso*, Maria Dalva de Barros Carvalho e Ieda Harumi Higarashi

Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790,87020-900, Maringá, Paraná, Brasil.
*Autor para correspondência. e-mail: smpelloso@uem.br

RESUMO. O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento que as mulheres têm sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino, sua importância e os sentimentos delas em relação ao exame, em uma tentativa de melhor compreender a prática da prevenção. Trata-se de estudo descritivo exploratório. As mulheres demonstraram que, em relação ao exame, o medo e a vergonha são os maiores sentimentos. Em relação à importância do exame, a maioria relatou ser a prevenção e a descoberta precoce da doença o fator mais importante. Sobre o conhecimento da doença, relataram ter ouvido falar, visto na TV, mas o medo da doença e até do nome câncer é maior que a necessidade de realizar o exame. O que impede a realização do exame é o medo do resultado e a falta de tempo. Os dados permitiram concluir que é necessário aumentar a cobertura dos exames; orientar as mulheres através de campanhas e, ainda, desmistificar a técnica e os resultados dos mesmos.

Palavras-chave: prevenção, câncer cérvico-uterino, saúde da mulher.

ABSTRACT. *Women's knowledge of cervical uterine cancer.* The aim of this work was to verify women's knowledge of cervical uterine cancer prevention exam, its importance and women's feelings towards it. This was done in order to better understand the prevention practice. This is an exploratory descriptive study. The women's major feelings towards this exam are fear and shame. Regarding this exam importance, most of them said that the prevention and the precocious discovery of the illness are the most important factors. Knowledge of the disease was acquired through conversations and TV programs, even though fear of the disease is greater than the need to undertake the exams. The latter is impaired by fear regarding their result and by lack of time to undertake them. Data show that exam coverage should be broadened; more orientation should be given through campaigns; technique and exam results should be demystified.

Key words: prevention, cervical uterine cancer, women's health.

Introdução

O câncer cérvico-uterino e o câncer de mama apresentam altas taxas de morbimortalidade entre as mulheres, representando ainda um grande problema de saúde pública.

No Brasil, são estimados 28 casos anuais por 100.000 mulheres para novos casos de câncer cérvico-uterino (Zeferino e Galvão, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1995), 17 mil mulheres vão descobrir a doença e outras 3625 vão morrer vitimadas por esse câncer. Através de dados dos registros hospitalares de câncer, em 80% das mulheres com o câncer uterino, a descoberta da doença ocorreu tardiamente, quando a lesão estava além do limite do útero. Embora o rastreamento dessa doença seja de fácil acesso de baixo custo e de fácil execução, a mesma representa a segunda maior

estimativa de incidência de neoplasia maligna na população feminina brasileira.

O aumento da morbimortalidade por câncer cérvico-uterino, põe em destaque uma questão importante em relação à saúde da mulher: a prevenção. A detecção precoce através da prevenção é uma forte aliada na diminuição dos índices de mortalidade entre as mulheres.

Se essa patologia for detectada precocemente, tem alto índice de cura. Não se justificam, portanto, os números elevados de morte entre as mulheres em função de uma doença cuja prevenção se mostra tão eficaz quando implementada adequadamente. No entanto, ao analisar as estatísticas dos casos em nosso meio, é preciso considerar que a prevenção não é condição que se planeje, se organize de forma isolada e desvinculada do contexto social. A prevenção envolve políticas públicas, ações profissionais e a participação da população. Essas ações articuladas resultarão em benefícios para os usuários do sistema

de saúde, à medida que considerem e trabalhem efetivamente essas variáveis.

A prevenção do câncer cérvico-uterino está baseada no rastreamento da população, no diagnóstico exato do grau da lesão e no tratamento. Esta população é constituída por todas as mulheres que apresentam probabilidade de ter lesões pré-cancerosas detectáveis pelo exame citológico (Reis *et al.*, 1992).

Desse modo, um elemento essencial neste aspecto é a questão da cobertura da população em relação à prevenção.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 1995), a atual tendência de mortalidade, sugere que a cobertura do exame preventivo na população é baixa.

De forma geral, não houve alteração significativa no perfil de morbimortalidade por câncer cérvico-uterino. Na tentativa de investigar porque este quadro epidemiológico permanece sem alteração, alguns estudos têm sido realizados para verificar a cobertura e os fatos associados à sua realização (Pinho *et al.*, 2003).

Para o Brasil, o Ministério da Saúde propõe que o câncer seja controlado anualmente por dois anos consecutivos em mulheres de 15 a 60 anos e, nos casos de resultados negativos, o controle se dê a cada três anos.

Quanto mais os controles se restringem às faixas etárias altas e quanto maior for o intervalo entre eles, maior é o número de casos prevenidos com o mesmo número de exames (Zeferino e Galvão, 1999).

No Brasil, as ações de prevenção não recebem atenção que as caracterizem como ações educativas, isso se deve à falta de conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce e à falta de definições dos serviços de saúde sobre o caminho a ser percorrido pela mulher, desde a queixa até o diagnóstico e tratamento especializado (Lopes, 1998).

Na detecção precoce do câncer está a arma e a estratégia fundamental para o seu controle. Para que isso ocorra, é necessário que a mulher voluntariamente procure os serviços de saúde para se submeter ao exame preventivo. Esse comportamento voltado para a saúde é um ato aprendido que necessita de uma ação educativa, de um convencimento. Assim, uma mudança nesse perfil epidemiológico depende não só das mulheres e nem só das políticas governamentais, ou só das ações dos profissionais de saúde, mas sim de todos eles, numa estratégia articulada voltada para a educação em saúde e para a redução dos agravos à saúde da mulher.

São escassos os estudos que investigam os motivos relatados pelas próprias mulheres para a realização do teste de papanicolau, qual o significado que assumem nas práticas de assistência à saúde das mulheres e o grau de efetividade que possuem em

direção à redução das taxas de morbimortalidade por câncer cérvico-uterino (Pinho *et al.*, 2003).

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo verificar o conhecimento que as mulheres tem sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino; sua importância e seus sentimentos em relação ao exame, numa tentativa de melhor compreender a prática da prevenção.

Material e métodos

Trata-se de estudo descritivo exploratório, realizado em uma Unidade Básica de Saúde de um Município do Norte do Estado do Paraná. A população do estudo constitui-se de 54 mulheres que agendaram consulta de enfermagem para realização da coleta de material para prevenção do câncer e aceitaram participar da pesquisa. O estudo baseou-se na resolução 196/96 CNS, esta resolução incorpora os referencias básicos da bioética, bem como os princípios éticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (Costa e Valle, 2000).

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário semi-estruturado contendo questões fechadas com dados de caracterização (idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, tipo de parto e utilização de métodos contraceptivos) e questões abertas que davam ênfase ao conhecimento e sentimentos das mulheres em relação ao exame preventivo. Os dados foram colhidos antes da realização do exame.

Para a análise dos dados de caracterização da amostra, os mesmos foram apresentados de forma descritiva. Os depoimentos foram agrupados, por sua similaridade em temáticas.

A presença freqüente de temas nos discursos demonstram os valores de referência e os modos de comportamento do grupo estudado (Minayo, 1998).

Resultados e discussão

Dentre as 54 mulheres que participaram deste estudo, a idade variou entre 17 e 46 anos, 20,0% delas encontram-se na faixa etária de 17 a 20 anos 23,3% de 25 a 28 anos 20,0% de 33 a 36 anos e 36,7% acima de 36 anos.

Em relação ao estado civil, a maior parte (63,3%) era casada e quanto à religião, 67,0% eram católicas. Quanto ao nível de escolaridade, 20% tinha o 1º grau completo 13,3% o 1º grau incompleto 33,4% o 2º grau completo 23,3% o 2º grau incompleto e 10% o 3º grau completo.

As mulheres entrevistadas estavam em idade reprodutiva e eram, em sua grande maioria, jovens. Essas características implicam na necessidade de orientações quanto à sua saúde, estando aí incluídas as atividades e o exame de prevenção de câncer cérvico-uterino, dentre outras.

Durante o período da pesquisa, nenhuma mulher acima de 46 anos procurou os serviços para o exame preventivo. Esse fato sugere que essas mulheres podem não estar procurando este atendimento por não terem mais a preocupação com a reprodução. Tal percepção equivocada acaba por constituir-se num problema importante no contexto da assistência à mulher visto que essa situação é um entrave para o diagnóstico precoce da doença.

Pesquisa realizada por Pinho *et al.* (2003) mostra que as mulheres na faixa etária de 25 a 34 anos têm melhor cobertura do exame de papanicolau, uma vez que elas procuram mais os serviços de saúde em busca de serviços de pré-natal e ou de planejamento familiar. Esse fato, acaba gerando uma distribuição irregular na cobertura desse exame.

Em relação ao número de filhos, 23,3% das mulheres eram nulíparas 26,7% primíparas e 50% múltíparas.

Ao serem indagadas sobre o tipo de parto, 60% das mulheres realizaram cesárea.

Observamos nestes casos que as mulheres e os profissionais utilizaram a cesárea como recurso contraceptivo, propiciando, dessa forma, a realização de laqueadura em mulheres jovens. O uso abusivo da cesariana, além de interferir nas taxas de mortalidade está diretamente relacionado ao desregramento da conduta e às altas incidências de esterilizações entre as mulheres. Consolidou-se, de forma perversa, uma cultura reprodutiva no qual, ainda muito jovem, as mulheres, seja por desinformação seja pela ausência de outras alternativas, incluem em seu projeto de vida a cesariana e a esterilização (Costa, 1993).

Nos dados referentes à utilização de métodos contraceptivos, observamos que 33,3% das mulheres fazem uso de anticoncepcional oral 26,7% já realizaram laqueadura; 26,7% não utilizam nenhum método 3,3% utilizam DIU 3,3% utilizam preservativo e 6,7% coito interrompido.

Ao serem indagadas sobre o uso de preservativo, apenas uma mulher referiu usá-lo como método contraceptivo, 16,7% dizem que raramente usam e 80,0% não utilizam este método de bloqueio porque seus parceiros são maridos ou namorados fixos. Nesta perspectiva, as mulheres se sentem seguras e não vulneráveis a doenças, ou, se conhecem o risco, consideram-no muito distante delas. Observa-se ainda que a inabilidade da mulher em se proteger existe em decorrência de sua confiança no parceiro, na preservação de uma certa crença ou cultura popular que vincula a noção de casamento ou união estável a uma sensação falsa de proteção contra este tipo de intercorrência. Esse panorama pode estar relacionado ao paradigma predominante entre classes desfavorecidas e economicamente e, ainda, estar aliado ao desconhecimento da população no que se refere aos meios de transmissão das DSTS e aos

meios para sua prevenção. É possível apontar como conseqüência direta dessa inabilidade e da desinformação o aumento do número de casos de AIDS em mulheres com parceiro fixo.

Em pesquisa realizada por Paiva *et al.* (1998) sobre a vulnerabilidade de mulheres com HIV, a maioria (59%) nunca pensou que poderia ser soropositivo por não fazer parte do grupo de risco por não ter comportamento de risco ou por confiar no parceiro. A maioria absoluta (112 mulheres) foi infectada pelo parceiro.

Temáticas de análise

Cada pessoa carrega consigo seus valores, cultura, raça, experiências vividas, crenças, expectativas de vida, idéias pré-concebidas construídas ao longo de sua vida, que irão influenciar suas percepções (Peplau, 1993). Este modo de ser, viver, sentir e perceber o mundo se traduz nos comportamentos observáveis de um indivíduo ou de uma coletividade frente às diversas situações cotidianas, entre elas, as situações que envolvem o processo saúde-doença. Neste sentido, para discorrermos sobre os objetivos propostos foi necessário agruparmos as falas em quatro áreas temáticas principais.

Sentimento em relação ao exame

Em relação ao que a mulher sente no momento da realização do exame, a grande maioria revela o medo de descobrir que está com câncer e, ainda, a vergonha do exame devido à sua exposição, como podemos observar nas verbalizações a seguir:

Eu acho que nenhuma mulher gosta de fazer este exame, a posição dá vergonha...

Quase morri de vergonha a primeira vez que fiz, por isso agora escolhi uma médica mulher...

Quando é mulher que faz, tudo bem. Quando é homem, está vendo o íntimo da mulher, sei lá é muito esquisito...

Esta é a primeira vez que estou fazendo, tenho medo do resultado, tenho vergonha e tudo mais que se pode imaginar num exame deste...

Para essas mulheres, o sentimento de vergonha está diretamente relacionado com a impessoalidade desse procedimento tão invasivo, com a exposição do corpo, com a questão da sexualidade e dos tabus relacionados a este tema e com o fato de mulher perceber que seu corpo vai ser visto e compreendido como objeto, desvinculado de sua condição humana.

Esse sentimento avassalador, de menos valia e de constrangimento e ansiedade, compromete o trabalho preventivo. No momento do exame, é quando o profissional de saúde parece não compreender a

situação de quase abandono em que a mulher se encontra, encarando o evento como algo corriqueiro, cotidiano e sem importância.

Percebe-se, nas falas das mulheres, a condição de submissão assumida pelas pacientes, em relação à postura do profissional.

Essa relação de submissão-dominação na saúde e, especificamente, nesse tipo de exame, talvez seja um dos empecilhos para uma cobertura maior.

O medo foi um sentimento expressado por todas as mulheres entrevistadas. Ele se revelou em relação ao exame como procedimento e, também, de maneira mais incisiva, em relação a um possível diagnóstico de câncer. O medo é maior pela situação de ambigüidade em que a mulher se encontra. Precisa fazer o exame por reconhecer sua importância e, ao mesmo tempo, foge dele, não quer fazê-lo por temer seus resultados. Também a associação da idéia do câncer cérvico-uterino com a perspectiva de fim, traz para a mulher a proximidade concreta da morte. Assim, fugir do exame representa distanciar-se do procedimento que pode, na verdade, em seus pensamentos, voltar-se contra ela.

Importância da realização do exame

O exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, além de sua importância para a saúde da mulher, é um procedimento importante de detecção precoce de lesões pré invasivas e conseqüentemente, instrumento essencial para a diminuição da mortalidade por esta patologia. A análise dos relatos revelou que, embora as mulheres reconheçam a importância da realização do exame preventivo, a sua realização fica prejudicada em função do medo, da insegurança e da tensão.

...eu sei que é muito importante, serve para prevenir o câncer...

Com a idade é comum aparecer essa doença, minha mãe teve no baço...

Importante e necessário para prevenir o câncer, uma colega não fez e perdeu tudo por dentro...

É muito importante, se der algo, trata logo, o ruim é que tudo demora quando é pelo SUS...

As mulheres revelam conhecer alguns aspectos acerca da importância da realização do exame. Apenas reconhecer a importância do exame não é o fator primordial ou decisivo que leva as mulheres a se submetem a ele para a consecução de resultados efetivos, contundentes, 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.

Entretanto, essa disposição, ainda que pessoal, pode ser estimulada por políticas de saúde e ações educativas levadas a cabo pelos profissionais da saúde. Essas ações possibilitariam orientações, informações e abririam espaços para discussões e reflexões acerca da patologia e de sua evitabilidade.

Conhecimento sobre o câncer

Em relação ao nível de conhecimento sobre a doença, pudemos observar que o mesmo é muito baixo entre as mulheres em geral. Os fatores que estão mais relacionados à falta de conhecimento são a má informação ou o acesso a informações imprecisas. Daí é possível fazer uma correlação direta entre a falta de conhecimento e a pouca cobertura dos exames de prevenção. É possível evidenciar em nosso universo assistencial uma carência de programas de cunho educativo e de caráter mais efetivo.

Já ouvi falar muito desta doença, mas não sabia que era esse o exame que precisava fazer, todo mundo devia saber, é necessário...

Eu sei muita coisa, vejo na televisão falar da doença, e também li num cartaz no postinho, mas a gente acha que nunca acontece com a gente, por isso vim fazer com a senhora...

A minha prima teve uma ferida e cauterizou, tem HPV e o médico achou que era câncer...

Não sei direito sobre esta doença, mas sei que tenho porque sinto dor na relação sexual...

Essas falas exigem uma reflexão maior. As mulheres que procuram os serviços de saúde, ou seja, as que efetivamente acreditam na prevenção, pouco sabem sobre o câncer de colo. E o pouco que revelam saber constitui-se em informações provenientes de fontes impessoais como a televisão e os cartazes das unidades básicas de saúde, por exemplo. A participação dos profissionais de saúde na atividade de informar e educar a comunidade em e para a saúde mostra-se extremamente importante.

As ações educativas, para serem eficazes e provocadoras de mudança de atitudes precisam também ter um cunho pessoal, envolvente e comprometido. O saber sobre o câncer, o que é, como se desenvolve, a prevenção e o poder discutir e refletir sobre essas informações são ações que instrumentalizam a mulher para tomar decisões sobre sua vida e sua saúde. Só desse modo a prevenção é possível, como ato voluntário e consciente e não como ato imposto.

Empecilho para a realização do exame

O acesso da mulher aos serviços de atendimento básico à saúde é um dos empecilhos para a realização do exame.

Na pesquisa realizada por Pinho *et al.* (2003), os principais motivos relatados pelas mulheres para a não realização do teste de papanicolau são: medo em relação ao câncer, vergonha, sentimento de embaraço, desconforto físico, invasão de privacidade e da integridade corporal, barreiras financeiras, localização dos serviços de saúde, transporte e principalmente, barreiras organizacionais como a burocracia no tempo gasto na marcação das consultas, da espera para atendimento e greve dos serviços públicos.

Em nossa pesquisa, as falas a seguir mostram o que impede as mulheres de realizarem os exames:

Eu não conseguia vaga, mandavam voltar, eu não tenho tempo, é difícil a gente decidir vir e quando chega não tem vaga...

Eu trabalho em casa, preciso cuidar do serviço e das crianças, não tenho com que deixar, tinha que ter um jeito de facilitar pra gente né...

Não sabia que precisa fazer este exame, a agente de saúde mandou eu vir, ela disse que era para fazer com a enfermeira...

Eu sempre faço, mas o problema é achar vaga, quando tem você não pode fazer ou tá menstruada ou teve relação, é difícil dar certo...

Fica claro nestas falas a deficiência dos programas de atendimento à saúde da mulher. As justificativas para isso não podem ser creditadas apenas às insuficiências tecnológicas ou às políticas de saúde.

Parte desta responsabilidade cabe também aos profissionais de saúde, que, enquanto equipe realmente comprometida com estes desafios, podem buscar uma atuação mais incisiva e crítica em relação à saúde da mulher, ajudando a mudar esse quadro.

Propor, organizar e implementar serviços de prevenção de câncer cérvico-uterino, que permitam a realização de exames com regularidade, otimizando o acesso das mulheres a estes, ainda que possibilitem ações educativas em saúde, constituem, sem dúvida alguma, função dos profissionais que atuam diretamente com a população. Isso pode estimular a manifestação entre as mulheres da tomada de consciência e a concretude de um comportamento preventivo em saúde.

Conclusão

Esse trabalho procurou conhecer os sentimentos e o conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino, procurando compreender os comportamentos preventivos destas mulheres. Conhecer a forma como uma determinada população percebe, sente e vive a saúde é o primeiro passo para definir estratégias de

intervenções mais eficientes e adequadas às reais necessidades da comunidade.

Como já apontava Freire (1997) e outros educadores ao avaliarem a questão das transformações sociais, só é possível modificar verdadeiramente o modo de vida e as concepções de uma população na medida da disposição desta para a mudança, na medida em que se concretize um convencimento e a introjeção de valores por parte desta comunidade, para que as transformações, sejam entendidas como benefícios e justifiquem os esforços no sentido de concretizá-las.

As medidas educativas são, assim, extremamente importantes, principalmente considerando-se o fato de grande maioria das mulheres da população estudada encontrarem-se na faixa etária reprodutiva, necessitando, assim, de orientações quanto à sua saúde, tão fundamentais para a qualidade de vida delas e de todos aqueles que com elas partilham o convívio familiar.

Um número considerável de mulheres tem comportamento que as tornam vulneráveis à doença. Sentem-se constrangidas e envergonhadas ao se submeterem ao exame de prevenção, revelam também atitudes de submissão em relação aos profissionais e sentem-se coisificadas. Esses sentimentos podem, no futuro, tornarem-se obstáculos para um comportamento preventivo em relação ao câncer cérvico-uterino, e podem ainda se perpetuar dentro dos núcleos familiares e sociais, impedindo o estabelecimento de ações eficazes no sentido da prevenção.

A prevenção entendida como condição multifacetada, com influências sócias econômicas, políticas e culturais, como responsabilidade da sociedade, é a saída para a redução dos casos de câncer de colo útero.

A partir da análise do comportamento destas mulheres, consideramos fundamental para a elas a adoção de uma nova postura de viver a saúde. Há que se aprender uma nova forma de vivenciar essas questões cabendo, muitas vezes, ao profissional de saúde, quebrar tabus e atuar como um facilitador do acesso destas populações ao conhecimento.

Esse estudo concluiu que é necessária uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde com as mulheres, em relação ao exame de prevenção. Uma atuação com envolvimento, com respeito à sua intimidade, à sua privacidade, ao seu direito de conhecer e poder conversar sobre a doença e sobre a sua saúde.

Estes dados mostram a importância de ações educativas e de divulgação para a população sobre a necessidade de se realizar o exame de prevenção do câncer.

Pelloso e Carvalho (2000) relatam que a mídia é um poderoso instrumento de disseminação de

informação em saúde. As informações vão instrumentalizar a população para mudanças comportamentais que levam à prevenção de doenças, propiciando um viver com qualidade.

Para se diminuir a mortalidade das mulheres e melhorar a cobertura dos exames é necessário um rastreamento das mulheres que nunca realizaram o exame de papanicolau ou que não o realizam com frequência.

O êxito do rastreamento do câncer cérvico-uterino depende, acima de tudo, da reorganização da assistência à saúde das mulheres nos serviços de saúde, da capacitação dos profissionais da área, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle das doenças, do estabelecimento de ações humanizadas e equitativas, do respeito às diferenças culturais, da eliminação das barreiras e das iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos (Pinho et al., 2003).

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria Nacional de Assistência à Saúde*. Instituto Nacional de Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer. Rio de Janeiro: Pro Onco, 1995.
- COSTA, A.M. *Planejamento familiar no Brasil*. 2001. Disponível em: < <file:///A:/Planejamento%20familiar%20n0%20Brasil.htm> >. Acesso em: 30 maio. 2001.
- COSTA, S.F.G; VALLE, E.R.M. *Ser ético na pesquisa em enfermagem*. João Pessoa: Idéia, 2000.
- FREIRE, P. *Política e educação*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- LOPES, R.M.L. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. *Rev. Enf. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p.165-170, 1998.
- MINAYO, C.S. *O desafio do conhecimento- pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1998.
- PAIVA, V. et al. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa do condicionantes de gênero? *Cuadernos Mujer Salude*, Caribe, v. 3, p. 34-38, 1998.
- PEPLAU, H. *Relaciones interpersonales em enfermeria*. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
- PELLOSO, S.M; CARVALHO, M.D.B. O impacto da comunicação de massa na campanha de prevenção do câncer cérvico-uterino. In: MENDES, I.A.C.; CARVALHO, E.C. *7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000.
- PINHO, A.A. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de papanicolau no município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 19, sup. 2, p. 303-313, 2003.
- REIS, A.F.F. et al. Prevenção do câncer cérvico-uterino- princípios epidemiológicos e avaliação dos programas de screening. *J. Bras. Ginecol.*, Rio de Janeiro, v. 102, n. 11/12, p. 445-47, 1992.
- ZEFERINO, L; GALVÃO, L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil. IN: GALVÃO, L; DÍAZ, J. (Ed.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ Population Council, 1999.

Received on June 26, 2004.

Accepted on November 23, 2004.