

DELYANE OLIVEIRA MATOS

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA BUSCA PELA ADESÃO DAS
MULHERES AO EXAME DE PAPANICOLAOU**

ARAÇUAI / MINAS GERAIS

2011

DELYANE OLIVEIRA MATOS

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA BUSCA PELA ADESÃO DAS
MULHERES AO EXAME DE PAPANICOLAOU**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Elaine Leandro Machado

ARAÇUAÍ / MINAS GERAIS

2011

DELYANE OLIVEIRA MATOS

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA BUSCA PELA ADESÃO DAS
MULHERES AO EXAME DE PAPANICOLAOU**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Elaine Leandro Machado

Banca Examinadora:

Profa. Elaine Leandro Machado – orientadora
Profa. Clarice Marcolino

Aprovada em Belo Horizonte, 27/07/2011

ARAÇUAI / MINAS GERAIS

2011

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, razão do meu existir e por estar hoje nesta caminhada.

Aos meus amáveis pais, Maria de Matos (Lia) e José Germano (Paraíba) que sempre me apoiaram.

Aos meus colegas, pelos preciosos momentos de discussão e aprendizagem juntos.

A minha tutora Cássia, que mostrou muito presente e esforçada para ajudar-nos nesta busca preciosa pelo conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela oportunidade e pela presença constante em nosso
viver,

Aos meus familiares pela dedicação, carinho e pela compreensão nas horas difíceis,

A todos os docentes do Curso de Especialização, em especial a tutora Cássia,
Evelise, pela grande competência e dedicação,

Aos meus colegas de Curso, pela vivência e com os quais tive a grande
oportunidade de trocar experiências e saberes,

À orientadora, Elaine, que mesmo distante esteve presente com toda dedicação,
confiança e disponibilidade para construção deste trabalho,

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram com o desenvolvimento desse
trabalho.

“Ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2005, p.79).

RESUMO

O câncer do colo do útero é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre mulheres, apesar dos grandes avanços, investimentos e estratégias implantadas nos últimos anos na assistência à saúde da mulher. O presente estudo é uma revisão de literatura, do tipo narrativa, sobre o papel dos profissionais de enfermagem das Equipes Saúde da Família na adesão das mulheres ao Papanicolaou. Foi realizado um levantamento de dados com o objetivo de descrever os principais fatores de risco ao câncer do colo do útero, seus aspectos epidemiológicos, diagnóstico, assistência da enfermagem e os principais dificultadores da adesão das mulheres ao exame de papanicolaou, visando contribuir para aperfeiçoamento do cuidado da enfermagem na adesão ao exame preventivo com o enfoque nas ações educativas para promoção da saúde da mulher. Para a busca de dados utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde na base de dados do LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library On-line). A partir de 50 artigos disponíveis na íntegra em português, foram utilizados 14 artigos, 8 publicações do Ministério da Saúde/MS, 03 referências bibliográficas, dados publicado pelo Instituto Nacional Câncer no Brasil (INCA) e uma Portaria do MS. Pôde-se perceber que o número de mulheres que não realizam o exame de papanicolaou periodicamente é ainda muito alto e há um crescimento do número de mulheres com câncer do colo do útero. As principais barreiras identificadas à adesão das mulheres ao exame de papanicolaou foram: medo, vergonha, timidez, ausência de sintomas, não permissão do marido/companheiro, baixa escolaridade, informações equivocadas ou falta destas e dificuldade de acesso às unidades de saúde. Nesse contexto, é importante destacar a necessidade de ações educativas realizadas pelo profissional de enfermagem das Equipes de Saúde da Família, de forma humanizadora, respeitando as diferenças culturais, condutas e valores, buscando proporcionar a melhoria da qualidade de vida e saúde da mulher, com o resgate de sua singularidade e autonomia.

Descritores: Papanicolau, adesão, câncer do colo do útero, prevenção, educação em saúde, saúde da mulher, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Cancer of the cervix it is a serious public health problem in Brazil and the world, being the second most common cancer among women, despite great advances, investments and strategies implemented in recent years in the health care woman. This study is a literature review, the type narrative about the role of nursing professionals of Family Health Teams in the accession of women to the Pap smear. This survey data in order to describe the main risk factors for cervical cancer, its epidemiology, diagnosis, nursing care and the main hindering the accession of women to the Pap smear, to contribute to improving the nursing care on adherence to screening test with the focus on educational activities to promote women's health. To search for data used the Virtual Health Library in the database LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences) and SciELO (Scientific Electronic Library Online). From 50 articles available in full in Portuguese, were used 14 articles, 8 publications of the Ministry of Health / MS, three books, data published by the National Cancer Institute in Brazil (INCA) an 1 regulation of MS. Could notice that the number of women who do not perform the Pap smear regularly is still too high and there are a growing number of women with cervical cancer. The main barriers identified for accession of women to the Pap smear were fear, shame, shyness, lack of symptoms, without permission from their husband / partner, low education, or lack of such misinformation and lack of access to health facilities. In this context, it is important to highlight the need for educational activities performed by nursing staff of Family Health Teams, in a humane way, respecting cultural differences, behaviors and values, seeking to provide a better quality of life and health of women with the rescue of their uniqueness and autonomy.

Key words: Pap test, adhesion, cancer of the cervix, prevention, health education, women's health, the Family Health Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	12
4 METODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO DE LITERATURA	
5.1 Câncer do colo do útero: características, diagnóstico e tratamento.....	14
5.1.2 Câncer do colo do útero: fatores de risco.....	15
5.1.3 Câncer do colo do útero: rastreamento.....	17
5.2 Câncer do colo do útero: aspectos epidemiológicos.....	20
5.3 Histórico sobre assistência à saúde da mulher.....	23
5.4 Percepção das mulheres em relação ao exame de Papanicolaou.....	25
5.5 Enfermagem: adesão das mulheres ao Papanicolaou.....	28
5.6 Estratégias para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem na busca da adesão das mulheres exame de Papanicolaou.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
7 REFERÊNCIAS.....	37

1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é uma patologia que acomete atualmente um grande número de mulheres em todo o mundo, e está entre as principais causas de mortalidade em mulheres no Brasil, sendo considerado um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2009).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2009) no Brasil, a situação é preocupante, pois o câncer do colo do útero está aumentando cada vez mais, sendo aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, e o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres e responsável pela morte de 230 mil mulheres por ano. No Brasil, eram esperados 18.430 casos para 2010, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres.

A partir da realidade vivenciada e com a realização do diagnóstico situacional da minha área de abrangência realizado durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), despertou-me uma inquietação em compreender as principais causas que levam muitas mulheres a não realizarem o exame de papanicolaou, a fim de resgatar o papel da enfermagem frente a tal situação e considerando que o exame preventivo para detecção precoce do câncer do colo do útero é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esse tipo de câncer é evitável quando diagnosticado precocemente e tem chance de cura de aproximadamente 100%.

Trabalho há dois anos, no município de Chapada do Norte /Minas Gerais, como enfermeira responsável pela Equipe de Saúde da Família (ESF) da Comunidade do Batieiro, localizada em uma área rural, com aproximadamente 2273 pessoas, sendo destas aproximadamente 463 mulheres em idade de 25 a 59 anos. Posso citar que muitos são os entraves que afetam a realização do exame preventivo, como o medo do resultado, vergonha, falta de informação, cultura de somente procurar a unidade quando os sintomas já estão aparentes, medo dos parceiros, a falta de acesso aos serviços de saúde e de recursos disponíveis. A maioria da população do município reside em área rural, em comunidades muito distantes, muito carentes, com grande desigualdade social, dificuldade de acesso que representam os principais entraves na conscientização e na realização exame preventivo.

No ano de 2009, de aproximadamente 510 mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos atendidas pela Equipe Saúde da Família do Batieiro, apenas 150 realizaram o exame de Papanicolaou e, aproximadamente, 15% destas nunca realizaram, apesar dos esforços dos profissionais de saúde, como a realização de ações educativas, grupos de mulheres, palestras e busca ativa pelas agentes de saúde.

Como relatou Pinho *et al.*,(2003), o sucesso do rastreamento do câncer cérvico-uterino dependerá, acima de tudo, da reorganização da assistência a saúde da mulher, incluindo a reestruturação dos serviços, a capacitação dos profissionais de saúde e qualidade e continuidade das ações educativas. Além de respeitar as diversidades culturais entre as mulheres, é importante buscar eliminar barreiras, reconhecer as necessidades de saúde, facilitando assim o acesso aos serviços preventivos.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo vínculo que estabelece com as mulheres, deve valorizar ações preventivas, conhecer a real situação de saúde e considerar que hábitos saudáveis de vida implicam em mudanças comportamentais que se tornarão possíveis a partir da reflexão da realidade.

Fernandes *et al.*, (2009) destacou que, no Brasil, cerca de 40% das mulheres (de todas as idades) nunca fizeram o exame de Papanicolaou . Dentre as razões para esta baixa adesão estão a dificuldade em acessar os serviços de saúde, a natureza do exame que envolve a exposição da genitália, desconforto emocional para algumas mulheres em virtude de pudores e tabus, além das condições socioeconômicas e da falta de conhecimento sobre o câncer ginecológico.

Considerando esse cenário, podemos perceber que as ações educativas não estão sendo efetivas, falta orientação adequada à paciente, compreensão e responsabilidade dos profissionais de saúde, fatores que contribuem significativamente para a falta de adesão ao exame preventivo.

A partir da situação vivenciada em nosso país, onde a maioria das unidades de saúde ainda presta uma assistência a mulher de forma desarticulada, muitas vezes sem preparo adequado dos profissionais, com poucas ações voltadas ao problema, buscaremos neste trabalho compreender e discutir a adesão ao exame preventivo de câncer do colo do útero. Para isso, é importante entender seus fatores riscos, importância do diagnóstico precoce e comportamentos de riscos, por meio da estratégia da educação em saúde com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem a saúde da mulher.

2. JUSTIFICATIVA

O baixo número de exames realizados pelas mulheres com vida sexual ativa no município Chapada do Norte/MG me estimulou a entender melhor os fatores que contribuem para a não realização do exame de Papanicolaou pelas mulheres expostas ao risco de câncer do colo do útero.

Considerando, portanto a baixa adesão ao exame preventivo e os agravos que acometem à saúde da mulher e sua vulnerabilidade a muitas doenças como o câncer do colo do útero e câncer de mama, é importante reforçar o papel das Equipes de Saúde da Família e em especial dos enfermeiros para as ações educativas na promoção da saúde da mulher.

O exame de Papanicolaou possibilita o rastreamento do câncer de colo do útero, uma doença que mata muitas mulheres no Brasil. Além disso, a consulta realizada pelo enfermeiro ou pelo médico das equipes torna possível realizar outras buscas como o rastreamento de câncer de mama, além de reforçar outras ações educativas voltadas para a promoção da saúde da mulher como: auto-exame das mamas, solicitação de mamografia, planejamento familiar, doenças como as DST e outros aspectos que envolvem a saúde da mulher.

Podemos destacar ainda, que câncer do colo do uterino é um dos tumores malignos que pode ser prevenido e que, quando detectado precocemente, pode ser curado, praticamente, em 100% dos casos, mesmo assim ainda continua sendo uma das maiores causas de mortalidade em mulheres, devido ao diagnóstico tardio. Isso ocorre devido ao fato de a cobertura do exame ainda ser baixa, sendo que muitas mulheres não realizam o exame regularmente e só procuram uma unidade de saúde quando já estão com sintomas e, na maioria, das vezes por falta de informação e falta de acesso.

3. OBJETIVO

Objetivo geral:

- Realizar uma revisão da literatura sobre papel do enfermeiro na busca por adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou.

Objetivos específicos:

- Realizar o levantamento na literatura sobre os principais aspectos do câncer do colo do útero: seus fatores de risco, aspectos epidemiológicos, diagnóstico e assistência;
- Identificar as razões para a baixa adesão das mulheres ao exame Papanicolau;
- Identificar o papel do enfermeiro nas ações educativas de promoção da saúde da mulher e, principalmente, àquelas destinadas à para adesão ao exame Papanicolaou.
- Contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem na busca da adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou.

4. METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura, do tipo narrativa, sobre o seguinte tema: o papel das Equipes Saúde da Família na adesão das mulheres ao Papanicolaou , buscando assim uma reflexão através do levantamento de dados e publicações referentes ao assunto.

Para a busca de dados utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde na base de dados do LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library On-line). A busca foi realizada através do cruzamento dos seguintes descritores: papanicolaou, adesão, enfermagem, prevenção, câncer do colo do útero, saúde da mulher, Programa Saúde da Família e educação em saúde. Além disso, o estudo buscou ampliar a busca em base dados do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer no Brasil (INCA).

Após levantamento dos dados, foi feita a organização dos artigos em tabelas contendo nome, resumo e autores dos artigos. Posteriormente, foi realizada uma seleção criteriosa a partir da leitura resumos, buscando dados e informações relevantes ao estudo em questão.

Com a cruzamento entre os descritores foi possível encontrar um total de 60 artigos, destes foram selecionados 50 artigos disponíveis na íntegra em português. Dos 50 artigos selecionados 11 artigos não estavam disponíveis na íntegra, sendo utilizados na construção do trabalho 14 artigos publicados em português. Foram selecionados 15 publicações Ministério da Saúde, onde se utilizou 08 publicações, foram utilizados ainda, 03 referências bibliográfica sobre o tema , publicações do Instituto Nacional Câncer no Brasil (INCA) e uma portaria do Ministério do Saúde.

Foi realizada a análise e discussão de artigos e dados que retratassem a situação da saúde da mulher no Brasil, especificamente o câncer do colo do útero. A partir daí, são discutidas as principais dificuldades para realização exame preventivo dando ênfase às ações de enfermagem frente a tal situação, destacando a importância da atenção básica na assistência a saúde da mulher, principalmente do enfermeiro na Equipe Saúde da Família (ESF).

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Câncer do colo do útero: características, diagnóstico e tratamento

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está situado no abdome inferior, por trás da bexiga e na frente do reto e é dividido em corpo e colo. Esta última parte é a porção inferior do útero e se localiza dentro da cavidade vaginal (BRASIL, 2002b).

O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestida por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco (epitélio colunar simples). A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas (epitélio escamoso e estratificado) (BRASIL, 2002a).

O colo do útero é revestido, de forma ordenada, por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, que ao sofrerem transformações intra-epiteliais progressivas, podem evoluir para uma lesão cancerosa invasiva em um período de 10 a 20 anos. Na maioria dos casos, a evolução do câncer do colo do útero é lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Atinge predominantemente mulheres na faixa de 35 a 50 anos; porém, há muitos relatos de casos em pacientes com cerca de 20 anos (BRASIL, 2002a).

O câncer do colo do útero é uma doença de crescimento lento e silencioso, sendo que em sua fase pré clínica não apresenta sintomas, ocorrendo apenas transformações intra epiteliais progressivas, quando suas lesões iniciais poderão ser detectadas com a realização periódica do exame preventivo do colo do útero (BRASIL, 2006).

As lesões progridem lentamente por anos, antes de atingirem o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, se não impossível. Nessa fase os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor (BRASIL, 2006).

A principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo papilomavírus humano, o HPV, com alguns subtipos de alto risco e relacionados a tumores malignos. Mulheres diagnosticadas precocemente, se tratadas adequadamente, têm praticamente 100% de chance de cura (BRASIL, 2009).

Geralmente, o câncer do colo do útero acomete os grupos com maior vulnerabilidade social, onde se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença, originárias de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (BRASIL, 2002a).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2011), mais de 70% das pacientes diagnosticadas com câncer de colo do útero apresentam a doença em estágio avançado já na primeira consulta, limitando a possibilidade de cura. Dados mostram que 15% das mortes das mulheres brasileiras são devidos câncer colo útero.

Apesar de o Brasil ser um dos primeiros países do mundo a introduzir a citologia de Papanicolaou para a detecção precoce do câncer de colo uterino e implantar várias estratégias sendo uma de destaque o Programa Viva Mulher, pode-se observar que ao longo dos anos um aumento no número de mulheres com câncer de colo de útero e um alto índice de mortalidade, sendo a doença uma das principais causas que matam as mulheres no país. Como esta realidade pode ser explicada em nosso país, mesmo com tantos investimentos? (BRASIL, 2009).

No Brasil há investimentos em altas tecnologias, equipamentos, programas, mas existe ainda uma barreira entre os avanços técnicos e acesso as pessoas aos serviços de saúde. É de fundamental importância buscar mecanismos e meios que facilitem o acesso das pessoas aos serviços, às informações que motivem o cuidado com a saúde e que as redes de serviços de saúde ofereçam atendimento capaz de suprir as necessidades saúde da população (BRASIL, 2002a).

5.1.2 Câncer do colo do útero: fatores de risco

Atualmente, nos deparamos com muitos fatores de riscos para surgimento do câncer, dentre eles podemos destacar além dos fatores biológicos, os fatores sociais, como as condições de vida da população, estilo de vida (consumo de álcool, alimentação, fumo, exposição solar), fatores ambientais, ocupação, escolaridade, faixa etária, sexo, níveis sociais e recursos de saúde disponíveis (CARVALHO, *et al.*, 2005).

O câncer do colo do útero trata-se de uma patologia que acomete, geralmente, os grupos com maior vulnerabilidade social, os quais têm as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (BRASIL, 2002b p. 05).

De acordo com Manual Técnico dos Profissionais de Saúde (BRASIL, 2002b, p.05) e Caderno de Atenção Básica: Controle dos cânceres de colo de útero e de mama (2006, p.55), os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero são:

- Idade precoce na primeira relação sexual;
- Multiplicidade de parceiros;
- História de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro).
- Multiparidade;

- Tabagismo; diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados;
- Alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato e o uso de anticoncepcionais.
- Baixa condição sócio-econômica;
- Higiene íntima inadequada;
- Atualmente, considera-se que a persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) represente o principal fator de risco.

De acordo com o INCA (2010) o surgimento do câncer do colo do útero está associado à infecção por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV.

São conhecidos, atualmente, mais de 100 tipos diferentes de HPV e cerca de 20 destes possuem tropismo pelo epitélio escamoso do trato genital inferior (colo, vulva, corpo do períneo, região perianal e anal). Desses tipos, são considerados como de baixo risco para o desenvolvimento das lesões benignas, tais como condiloma, e também à Neoplasia Intra-Epitelial Cervical – NIC I). Os de médio – alto risco são os de números 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 59 (relacionados a lesões de alto grau – NIC II, III e câncer) (BRASIL, 2002a, p.15).

Para o desenvolvimento da lesão intra-epitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero, o Papilomavírus Humano (HPV) é condição necessária; porém, por si só, não é uma causa suficiente, uma vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intra-epiteliais faz-se necessária, além da persistência do HPV, a sua associação com os outros fatores de risco. Aproximadamente todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 13 tipos do HPV atualmente reconhecidos como oncogênicos pela IARC (International Agency for Research on Cancer). Destes, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18 (BRASIL, 2009).

(...) a infecção é de transmissão freqüentemente sexual, apresentando-se na maioria das vezes de forma assintomática ou como lesões subclínicas (inaparentes). As lesões clínicas, quando presentes podem ser planas ou exofíticas, também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo. Na forma subclínica, são visíveis apenas sob técnicas de magnificação (lentes) e após aplicação de reagentes como o ácido acético. Quando assintomático, pode ser detectável por meio de técnicas moleculares (BRASIL, 2006, p.45).

A prevalência do HPV na população em geral é alta (5 a 20% das mulheres sexualmente ativas mostram positividade em testes moleculares) e este aumento tem sido sentido a partir de 1960, coincidente com o aumento do uso de contraceptivos orais, diminuição do uso de outros métodos de barreira e avanço tecnológico nos métodos diagnósticos (BRASIL, 2002a).

De acordo com BRASIL (2009), já existem a comercialização vacinas contra a infecção pelo HPV. No Brasil, estão registradas, pela Agência Nacional de Vigilância

Sanitária (Anvisa/MS): a vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18, desenvolvida para a prevenção de infecção pelos tipos virais mais comuns nas verrugas genitais (HPV 6 e 11) e no câncer do colo do útero (HPV 16 e 18), e é indicada para mulheres com idade de 9 a 26 anos; e a vacina bivalente contra HPV tipos 16 e 18, associados ao câncer do colo do útero, é indicada para a mulheres de 10 a 19 anos. A incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações está em discussão pelo Ministério da Saúde e pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 2009).

É importante ressaltar alguns aspectos relevantes na prevenção e promoção da saúde da mulher que possam intervir sobre fatores de riscos a que as mulheres estão expostas, buscando o incentivo aos hábitos saudáveis de vida como: estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais, diminuição da exposição ao tabaco, prática de atividade física regular, não consumo bebidas alcoólicas. Além disso, é importante a busca ativa de mulheres em situação de risco, identificação das mulheres em situação risco durante a consulta ginecológica que devem ser acompanhadas de maneira mais freqüente (BRASIL, 2006). Essas estratégias devem ser acompanhadas de ações educativas em saúde para que as informações possam chegar a todas as mulheres, principalmente àquelas em situações econômicas precárias.

Sabe-se que o Brasil é um país, com grandes desigualdades sociais, o que afeta profundamente a qualidade de vida e de saúde das pessoas, portanto muitos são os entraves para possibilitar que as ações em saúde da mulher possam ter efeito positivo, uma vez que o acesso às unidades de saúde é restrito, há poucos profissionais capacitados, falta de recursos humanos. Adicionalmente a esse cenário, muitas vezes, há falta de empenho dos gestores de saúde que priorizem de fato as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e de cuidados com a saúde da mulher.

5.1.3 Câncer colo útero: rastreamento

No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora, conhecido popularmente como exame preventivo do colo do útero, o exame de Papanicolaou (BRASIL, 2006).

Existem outros métodos de rastreamento, como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero, utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI), que são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero (BRASIL, 2009).

O exame citopatológico (Papanicolaou) é o exame preventivo do câncer do colo do útero. Ele consiste na análise das células oriundas da ectocérvice e da endocérvice que são extraídas por raspagem do colo do útero (BRASIL, 2002a).

Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical. Uma adequada coleta de material é de suma importância para o êxito do diagnóstico. O profissional de saúde deve assegurar-se de que está preparado para realizá-lo e de que tem o material necessário para isso. A garantia da presença de material em quantidades suficientes é fundamental para o sucesso da ação (BRASIL, 2006, p.62).

O Manual de Atenção Básica do Ministério da Saúde faz algumas recomendações prévias à mulher para a realização da coleta do exame preventivo do colo de útero (BRASIL, 2006, p.62):

- Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo a ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta;
- Evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta;
- Anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame;
- O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Portanto, a paciente deve aguardar o 5º dia após o término da menstruação. Em algumas situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada.

Para realização do exame preventivo, torna-se de fundamental importância, o acolhimento da mulher e a capacitação da equipe de saúde para melhor qualidade do atendimento, para que possam ser fornecidas informações pertinentes às ações de controle do câncer de colo do útero. A equipe deve estabelecer uma relação de confiança com a mulher para garantir total acompanhamento da mesma na unidade (BRASIL, 2006).

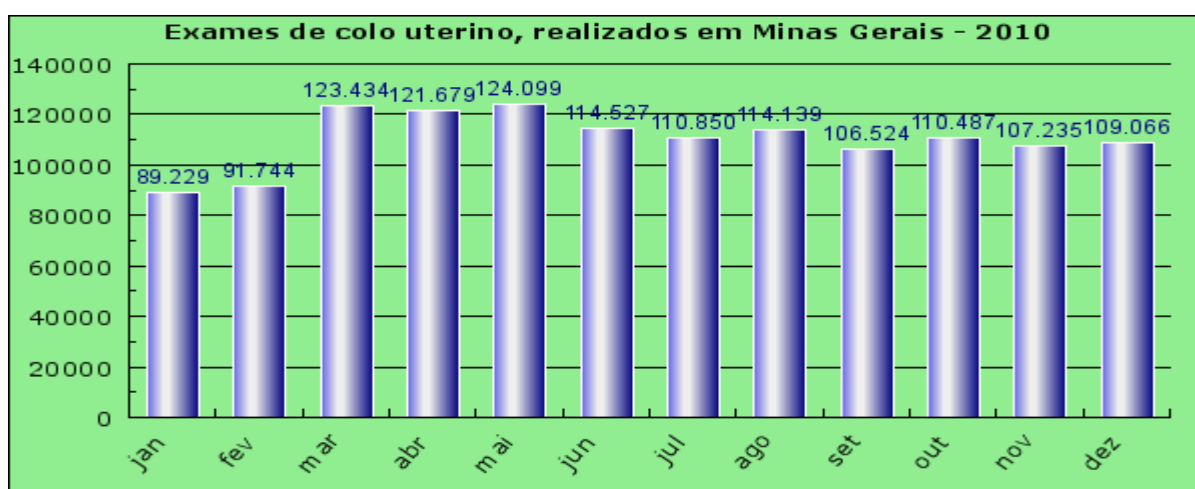
De acordo com Ministério da Saúde, o exame preventivo do colo do útero deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Esta recomendação apóia-se na observação da história natural do câncer de colo do útero que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009) pode ser alcançada uma redução na mortalidade por câncer do colo do útero em até 80% na faixa etária de 25 a 65 anos com o rastreamento com exame Papanicolaou e com tratamento das lesões precursoras. E chamamos a atenção para a real organização, integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (BRASIL, 2009).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, estima-se que no o Brasil existem cerca de seis milhões de mulheres entre 35 a 49 anos que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero (Papanicolaou), faixa etária na qual mais ocorrem casos positivos de câncer do colo do útero. Estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame Papanicolaou (BRASIL, 2002b).

Na Tabela 1, pode-se observar o total de exames de colo uterino realizados em Minas Gerais no ano de 2010, de acordo com dados divulgados pelo Programa Viva Mulher do Estado de Minas Gerais.

Tabela 1- Exames de colo uterino realizados em Minas Gerais, 2010



Fonte: Programa Viva Mulher, Minas Gerais

Na Tabela 2, pode-se verificar o total de exames citológicos do colo de útero realizado na GRS Diamantina, no município de Chapada do Norte de 12/2010 a 04/2011.

Tabela 2- Relatório Gerencial dos Exames Citológicos do Colo de Útero em mulheres de 25 a 59 anos, GRS Diamantina, 12/2010 a 04/2011.

Município	Período	Meta Mensal	Total realizado no período	Razão no Período	% de Exames Realizados
Chapada do Norte	dez/11	74	54	0,24	72,97%
	jan/11	75	38	0,18	50,66%
	fev/11	75	33	0,15	44,00%
	mar/11	75	46	0,21	61,33%
	abr/11	75	96	0,45	128,00%

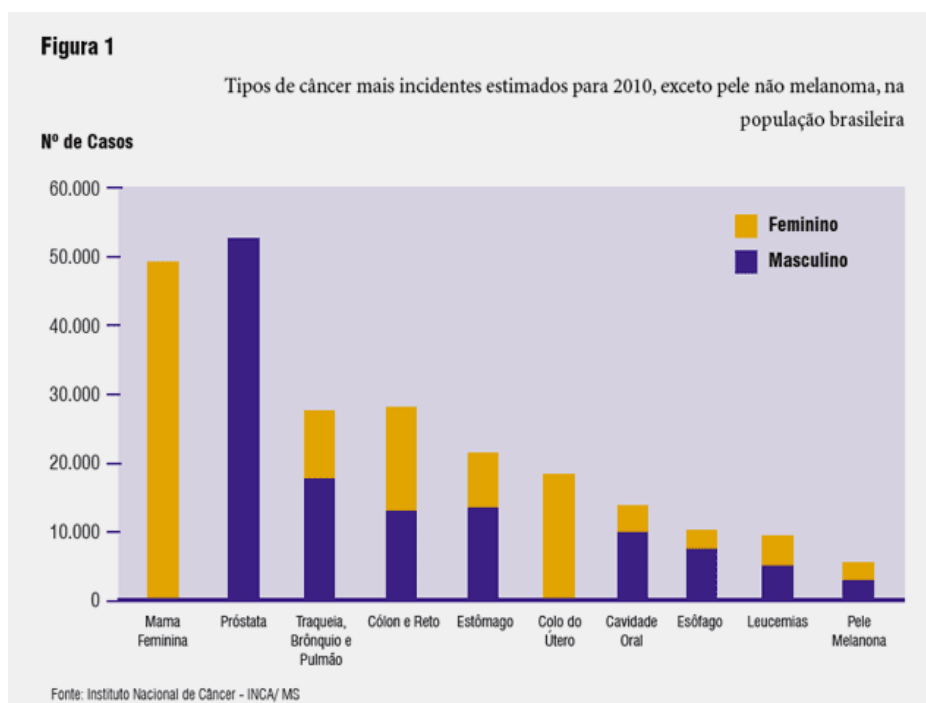
Fonte: Siscam/Programa Viva Mulher, Minas Gerais 18/05/2011

5.2 Câncer do colo do útero: aspectos epidemiológicos

De acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA), a palavra câncer é utilizada genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações uma das principais causa de doença e morte no Brasil, desde 2003 (BRASIL, 2009).

As neoplasias malignas estão entre as principais causas de óbito conhecida, sendo a segunda causa de morte da população do Brasil, por isso a importância do controle dessas doenças, principalmente por meio de ações de planejamento da atenção a saúde das pessoas, desde as ações de prevenção até as de alta complexidade, com objetivo de reduzir a incidência e mortalidade por câncer no país (BRASIL, 2009).

Em 2010, as estimativas apontaram para 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para sexo feminino. Sendo o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos) o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil). O que podemos observar nas tabelas abaixo divulgada pelo Instituto Nacional do Câncer (2009):



Fonte: Instituto Nacional de Câncer - INCA/ MS. 2009

Figura 1- Tipos de câncer mais incidentes para 2010, Brasil.

De acordo com INCA, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano (BRASIL, 2009).

A incidência desta patologia é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos, sendo que o risco de câncer do colo do útero aumenta na faixa etária de 45 a 49 anos. No Brasil, o número de casos novos de câncer do colo do útero no ano de 2010 foi de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2009).

Tabela 3- Estimativas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, Brasil.

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	49.240	49,27	17.540	74,56
Colo do Útero	18.430	18,47	5.280	22,5
Cólon e Reto	14.800	14,8	5.530	23,54
Traquéia, Brônquio e Pulmão	9.830	9,82	3.130	13,37
Estômago	7.680	7,7	2.340	9,94
Leucemias	4.340	4,33	1.330	5,52
Cavidade Oral	3.790	3,76	1.090	4,48
Pele Melanoma	2.970	2,92	860	3,38
Esôfago	2.740	2,69	660	2,55
Outras Localizações	78.770	78,83	28.510	121,33
Subtotal	192.590	192,74	66.270	282,03
Pele não Melanoma	60.440	60,51	12.800	54,45
Todas as Neoplasias	253.030	253,23	79.070	336,52

Fonte : BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer . 2009. p.46.

Tabela 4- Taxas brutas de incidência por 100.000 mulheres estimadas para o ano 2010, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna do colo do útero).

Estados	Taxa Estimada Por 100.000 Mulheres
Amazonas	31,18
Roraima	23,63
Acre	14,03
Para	20,82
Amapá	19,32
Rondônia	14,54
Mato Grosso	22,47
Tocantins	28,03
Maranhão	22,49
Piauí	21,98
Ceara	19,38
Rio Grande Do Norte	14,37
Goiás	17,58
Mato Grosso Do Sul	25,46
Minas Gerais	12,93
São Paulo	14,37
Paraíba	15,51
Pernambuco	22,21
Alagoas	16,81
Sergipe	24,46
Bahia	14,03
Espírito Santo	23,78
Rio De Janeiro	24,54
Paraná	22,82
Santa Catarina	19,04
Rio Grande Do Sul	21,53

Fonte: Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer, 2009.

Pelas estimativas apresentadas nas Tabelas 3 e 4, é possível perceber que o câncer de colo do útero é de um dos que mais acomete a população feminina em nosso país. Devemos considerar estes dados divulgados pelo INCA são altamente significativos, uma vez que retrata uma realidade que acomete a saúde da mulher brasileira, causando danos a população e perdas de muitas mulheres.

Ao compararmos os dados de 2010, com dados de aproximadamente 30 anos atrás, é notável que as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero continuam elevadas no Brasil e vem aumentando significativamente. Em 1.979, a taxa de mortalidade era de 3,44/100.000, enquanto em 1998 era de 4,45/100.000, correspondendo a uma variação percentual relativa de 29%. Os números de óbitos e casos novos esperados para o ano de 2001 em todo o país, respectivamente, foi de 3.725 e 16.270 (BRASIL, 2002b).

Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada para casos de câncer do colo do útero em cinco anos varia de 51% a 66%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estádios relativamente avançados, conseqüentemente, a sobrevida média é

menor, cerca de 41% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49% (BRASIL, 2009).

Refletindo sobre estas estimativas é que notamos a necessidade de elaborar estratégias para que possamos intervir sobre esta realidade, identificando as principais causas e riscos desta população, visando uma atenção humanizada a saúde da mulher no Brasil com o acesso facilitado aos serviços de saúde. Estas estratégias devem ser baseadas no perfil epidemiológico específico de cada região, com objetivo de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero com ações de prevenção e promoção da saúde da mulher.

Nos últimos anos, a atenção a saúde da mulher melhorou muito no Brasil. Vários foram os investimentos nesta área, programas e estratégias implantadas, mas ainda nos deparamos com altas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, com falta de adesão ao exame de rastreamento, o Papanicolaou, falta de informação e acesso aos serviços de saúde.

5.3 Histórico sobre assistência a saúde da mulher

Como sabemos, ao longo da história, a assistência a saúde no Brasil passou por várias etapas para chegarmos a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) com todos os seus princípios e diretrizes, no qual as ações de prevenção e promoção da saúde representam o patamar para alcançarmos a melhoria da qualidade de vida das pessoas, priorizando assim atenção primária a saúde. Anteriormente ao SUS, a assistência à saúde estava embasada apenas em um modelo assistencialista e curativista, poucas eram as ações de prevenção (MELO *et al.*, 2004).

Com a assistência à saúde das mulheres não foi muito diferente, as políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, ficavam limitadas, com enfoque na assistência a gravidez, parto e aos programas materno infantil. Esta era uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2007).

Somente, a partir do movimento feminista brasileiro, esses programas foram vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. O movimento de mulheres, com forte atuação no campo da saúde, contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, que até então eram relegadas ao segundo plano, pois eram consideradas restritas ao espaço e às

relações privadas. Nesse cenário, tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991 *APUD* BRASIL, 2007).

A partir desses movimentos feministas, as mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolavam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Eram necessárias ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos (BRASIL, 2007).

Já em 1984, um pouco antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo do útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Com os avanços assistência a saúde no Brasil, já década de 80, voltados para ações atenção primária, com enfoque na criação SUS através do movimento sanitário, com seus princípios da universalidade, equidade, integralidade, o programa conseguiu um base forte para sua real implantação.

Como destacou Osis (1998), o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar, apenas com enfoque materno infantil. Sendo assim, os movimentos de mulheres, de imediato, passaram a lutar por sua implementação, representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres.

O PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteava as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério (OSIS, 1998).

Osis (1998) chama atenção para o fato que de muitos são os entraves para que todos os princípios do programa sejam implantados e colocados em prática. Muitas ações deixaram e deixam a desejar quando tratamos da assistência a saúde no Brasil, muitos são

os descasos por parte das autoridades e também por parte de profissionais. Mesmo com implantação do SUS com todos seus princípios e diretrizes, contamos ainda com muitas falhas e desigualdades na assistência a saúde. Dessa forma, faz-se necessários esforços para real efetivação SUS e de uma assistência integral a saúde das mulheres brasileiras.

Ainda convivemos com mulheres em situação econômica e social precária, muitas mulheres submissas aos maridos, sem escolaridade, em situação de violência doméstica, com pouco acesso à informação que gera uma situação de saúde preocupante, ainda, nos dias atuais.

Uma estratégia de grande destaque implantada, no Brasil, em 1995 para o rastreamento câncer do colo do útero e de mama foi a criação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Programa Viva Mulher. Esse programa consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres do colo do útero e de mama, para os quais são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce das doenças, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional (BRASIL, 2009).

As estratégias de implantação priorizadas pelo programa foram (BRASIL, 2002b):

- articular e integrar uma rede nacional;
- motivar a mulher a cuidar da sua saúde;
- reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde;
- melhorar a qualidade do atendimento à mulher;
- aumentar a eficiência da rede de controle do câncer.

Podemos notar que mesmo após anos da implantação do Programa Viva Mulher, o câncer do colo do útero, está entres as principais causas de mortalidade em mulheres no Brasil, tornando-se um grave problema de saúde pública.

Dentro desta realidade, iremos discutir este grave problema de saúde que acomete um grande número de mulheres no Brasil e no Mundo, visando identificar as principais causas que levam as mulheres a não adesão ao exame Papanicolaou, destacando o papel da enfermagem na Equipe Saúde da Família.

5.4 Percepção das mulheres em relação ao exame de papanicolaou

É possível notar que apesar dos grandes avanços na saúde da mulher no Brasil, ainda nos deparamos com muitas mulheres em nosso meio que pouco sabe sobre importância de realizar o exame de Papanicolaou. Muitas mulheres, ainda, realizam o

exame por medo ou devido a uma queixa ginecológica, não reconhecendo assim a verdadeira finalidade da sua realização.

As práticas da prevenção do câncer do colo do útero representam um importante desafio de Saúde Pública. As razões para explicar o problema da falta de adesão as ações preventivas, são as mais variadas, entre elas, os fatores culturais, sociais, econômicos, comportamentais, sexuais bem como a própria organização dos serviços públicos de saúde (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

De acordo com Thum *et al.*, (2008) em um trabalho realizado com 5 mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos de um município do Rio Grande do Sul, foi possível perceber a partir do depoimento das mulheres que elas ainda se referem ao exame de Papanicolaou como algo que dá medo e insegurança, sabem poucas informações em relação a prevenção câncer do colo do útero, sentem vergonha e que não seguem a periodicidade dos exames como preconizado pelo Ministério da Saúde. A maioria das cinco mulheres entrevistadas se referiu ao exame como algo medonho, vergonhoso, e se sentiam inseguras e nervosas. Algumas mulheres realizam o exame de 6 em 6 meses por medo, enquanto outras não realizam nem mesmo uma vez por ano. Fica evidente o quanto as ações educativas devem adequar essa periodicidade com vistas a uma detecção precoce de alterações cervicais sem custos desnecessários. Esse estudo chama atenção para as falhas nas ações preventivas, nas informações que são levadas a população quanto ao exame preventivo. Além disso, pouco enfoque é dado nas ações educativas sobre os aspectos psicológicos da mulher, seu contexto social, suas crenças e costumes. Os questionamentos das práticas educativas são muito voltados para a doença em si, esquecendo da paciente, suas condutas, seus hábitos, sua família, sua condição social (THUM *et al.*,2008).

Em outra pesquisa com 264 mulheres residentes no município de Rio do Sul (SC) que realizaram o exame em 2007, com objetivo identificar os mecanismos de adesão ao exame preventivo, foi possível identificar que 63% das mulheres realizaram o exame por prevenção, 25% por medo de câncer, 9% por sintomas, 5% por pedido do medico e 14% por outros motivos. As dificuldades relatadas pelas mulheres para realizar o exame foram: vergonha, nervosismo, dor na hora da coleta, desconforto, posição desconfortável, distância da unidade, idade avançada, sangramento após coleta e outras dificuldades (FELICIANO *et al.*, 2010) .

Em um estudo realizado com 116 mulheres trabalhadoras de uma instituição comercial de confecção no noroeste do Paraná com objetivo de identificar fatores sociais, econômicos, gineco-obstétricos e comportamento preventivo, destacou que 46,6% das mulheres fazem o exame de Papanicolaou anualmente; 28,4% não têm rotina para realização do exame e 12,1% nunca realizaram (algo considerado preocupante uma vez que a maioria das mulheres com alto grau de escolaridade do ensino médio e superior). Os

autores destacam que os principais fatores apontados pelo Ministério da Saúde como relacionados a não adesão ao exame são baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e serem jovens (DOMINGOS *et al.*, 2007). As mulheres que nunca realizam o exame relatam: medo, descuido, comodismo, timidez, falta de tempo, não ter apresentado nenhum problema, falta de vaga e indisponibilidade de horário na rede SUS.

Como ressaltam as autoras compete aos profissionais de saúde à orientação da população feminina quanto à importância da realização periódica do Papanicolaou para diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, independente da idade e dos fatores de risco, necessitando de orientações que valorizem hábitos de autocuidado para a prevenção dessa neoplasia. Além disso, é importante promover meios junto às instituições públicas de saúde com vistas a possibilitar o acesso das mulheres trabalhadoras à realização periódica do exame citopatológico para prevenção e controle do câncer uterino, incluindo informações do uso de preservativos. Isso foi enfatizado, pois apenas 9,5% das mulheres relataram fazer uso da camisinha como método contraceptivo ou para prevenção de doenças sexualmente transmitidas (DST).

Em outro estudo realizado com 138 mulheres, entre 20 a 60 anos, atendidas no hospital Maternidade Leonor Mendes Barros (região leste de São Paulo), sendo 90 delas já apresentavam neoplasias de alto grau e 48 apresentavam câncer invasivos de colo de útero. As mulheres com câncer invasivo relataram prática inadequada na realização do exame. A maioria das mulheres (79%) com Neoplasia intra-epitelial Cervical NIC e 88% daquelas com câncer invasivo, relataram que consultavam o ginecologista apenas quando apresentavam sintomas, e que durante as consultas ginecológicas, 82% das mulheres com NIC e 77% com câncer invasivo, relataram que era o médico que tomava a iniciativa de colher o exame de Papanicolaou. O estudo concluiu que as mulheres mais velhas, tinham menor conhecimento sobre a finalidade do exame, apresentavam atitude mais desfavorável e não realizaram o exame nos últimos três anos. As mulheres com maior escolaridade tinham melhor conhecimento sobre o exame. Observou-se também que as mulheres com câncer invasivo tinham prática menos adequada do exame de Papanicolaou do que as mulheres com NIC. A principal desmotivação para não realizar o exame foi a vergonha e as dificuldades mais frequentes foram as relacionadas aos serviços de saúde (BRENNER *et al.*, 2001). Outras dificuldades relatadas foram: dificuldades pessoais para procurar os serviços de saúde, falta de motivação, problemas como distância, dificuldades para deixar filhos ou parentes, não poder deixar o trabalho ou ainda ter dificuldades financeiras e com transportes, além da má qualidade dos serviços de saúde, tempo de espera, problemas com agendamentos.

É possível percebermos a partir do estudo acima que as mulheres mais velhas apresentam menor conhecimento sobre a doença, devido à baixa escolaridade. Além disso, as ações em saúde da mulher ainda apresentam uma deficiência, não considerando os

aspectos sociais, culturais e econômicos as quais estão inseridas. Como destacou as autoras o modelo de atenção ainda é voltado para as especialidades, com ações muitas vezes isoladas do contexto social e que pouco integram e valorizam ações de Atenção Básica a Saúde.

Há um problema relacionado à compreensão da finalidade do exame de Papanicolaou como observado em uma pesquisa feita com 15 mulheres, no Centro de saúde de Atenção Básica do município de Paracuru (Ceará). A maioria das mulheres compreendia a finalidade de forma equivocada, referindo ao exame com uma prática na detecção de diagnóstico de DST/AIDS, ou por sintomas ginecológicos, partindo assim da cura de uma possível doença, o que vai contra o novo modelo de saúde, que prioriza as práticas preventivas e de promoção da saúde (MOURA *et al.*,2010).

5.5 Enfermagem: adesão das mulheres ao papanicolaou

Como já discutimos anteriormente, a atenção a saúde da mulher no Brasil passou por vários momentos, onde muitas mudanças ocorreram ao longo dos anos através de muita luta, tendo um grande avanço após a criação do SUS e principalmente com a implantação das equipes de PSF, estratégia atual do Programa de Saúde da Família, como uma nova forma de organizar a atenção a saúde no Brasil.

As ações voltadas para a saúde da mulher ganhou um novo olhar embasado nos princípios do SUS, com foco na atenção primária à saúde, com ações de prevenção e promoção da saúde, principalmente com programas voltadas a atenção a mulher em todos os seus ciclos de vida.

Entretanto, mesmo com os avanços na atenção à mulher no país, ainda nos deparamos com dados alarmantes de patologias que acometem a mulher, causando até mesmo a morte como retratam as estatísticas. O número de mulheres que morrem devido ao câncer do colo do útero e de mama é alarmante e preocupante, principalmente por se tratar de patologias que quando descobertas precocemente têm chances de cura de quase 100%.

Com tantos avanços a situação ainda não é das melhores, o que deve nos inquietar e nos leva a repensar a forma da assistência à mulher, principalmente em um país onde há grandes desigualdades sociais e adversidades culturais.

E justamente pensando neste foco, que as equipes de saúde devem organizar a assistência à mulher, com valorização da prevenção e promoção da saúde, considerando suas especificidades.

Como foi abordado anteriormente, muitas mulheres só procuram as unidades de saúde quando estão sentindo algum sintoma ou por medo de já estarem doentes. Muitas mulheres desconhecem a finalidade do exame de Papanicolaou, a maioria tem informações equivocadas e estão expostas a fatores de risco para desenvolvimento de um câncer do colo do útero. E os maiores motivos de não realizarem o exame são a vergonha, falta de sintomas ou falta de permissão do marido/companheiro.

Nesse contexto, é preciso repensar as estratégias de atenção saúde da mulher, principalmente nas Equipes de Saúde da Família (ESF), principalmente, devido ao contato direto com as mulheres e o estabelecimento de vínculo com as mesmas.

O enfermeiro como um dos principais responsáveis pela equipe deve planejar ações voltadas à promoção da saúde da mulher, principalmente para a adesão das mulheres ao exame preventivo.

Como destacou Beghini *et al.*, (2006), o enfermeiro tem um papel muito importante na prevenção do câncer do colo do útero, tendo a possibilidade de intervir sobre os fatores de risco, na realização da consulta ginecológica e do exame de Papanicolaou, garantindo uma assistência integral, intervindo para o encaminhamento adequado das mulheres que apresentarem alterações citológicas. Além disso, enfermeiro é o profissional responsável pelo processo educativo na equipe, sendo de sua competência divulgar informações à clientela no que refere aos fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce, orientando e adotando para si modelos de comportamento e hábitos saudáveis.

O enfermeiro, dentro das ESF, deve enfatizar a assistência com enfoque nas ações de educação em saúde. A mudança de comportamento das pessoas acontece na medida em que elas compreendem a importância do autocuidado para a saúde. Dessa forma, o profissional de enfermagem precisa estar junto da população; ter vínculo e respeito; saber ouvir, valorizar saberes e refletir juntos não somente impor saberes; respeitar as diferenças, conhecimentos, comportamentos, hábitos, culturas, meio familiar, crenças e expectativas (BRANCO, 2005).

A educação em saúde deve ser de forma construtiva, permitindo a apropriação por parte das pessoas de novas formas de estar e pensar em saúde, possibilitando-lhes a tomada de decisões livres e a seleção de alternativas num contexto adequado de informação, habilidades cognitivas e suporte social (BRANCO, 2005).

Para a efetividade do educar em saúde é necessário desenvolver um processo de autoconhecimento, não desvalorizando a individualidade e singularidade de cada um. Educar de forma a modificar condutas que permita um estado saudável (BRANCO, 2005).

Quando falamos do câncer do colo do útero, sabemos que muitas mulheres têm comportamentos que comprometem sua saúde. É preciso uma abordagem sobre o que mais dificulta a realização do Papanicolaou, visando elaborar estratégias que favoreçam o

conhecimento dessas mulheres sobre a importância do exame e favoreça, acima de tudo, o acesso e promovendo melhor qualidade de vida.

Como destacou muito bem Branco (2005) em seu estudo sobre prevenção do câncer e educação em saúde, parte-se do pressuposto que mais de 70% dos cânceres são causados por fatores extrínsecos ao organismo e estão ligados ao ambiente e ao estilo de vida das pessoas. Tal fato chama-nos para a reflexão da importância das ações de promoção da saúde, da profilaxia e do diagnóstico precoce, armas poderosas para os profissionais de saúde, frente ao problema como a redução do câncer.

É possível, garantir uma melhor adesão às mudanças de comportamento em nosso dia a dia frente aos problemas de saúde, fatores de risco de determinadas patologias, quando as ações educativas não forem isoladas e impostas. É preciso ganhar confiança das pessoas, é justamente neste ponto que as ESF são de fundamental importância, através do vínculo estabelecido, pela proximidade das pessoas e principalmente daquelas mais carentes, menos favorecidas, por conhecer as dificuldades enfrentadas, conhecer raízes do povo, da aproximação com a realidade de cada um.

Existem vários programas, as tecnologias são das mais variadas possíveis, os investimentos cresceram muito nos últimos anos, porém falta repensar a nossa forma de promover saúde, atenção dos profissionais frente aos problemas de saúde, dos gestores para garantir investimentos, considerando o diagnóstico de saúde da população, programar a partir da realidade, atender de forma humanizada.

5.6 Estratégias para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem na busca da adesão das mulheres exame de Papanicolaou

A enfermagem, principalmente nas equipes de ESF, tem papel de fundamental importância de repensar nas mudanças na forma de trabalhar, com foco na assistência à saúde da mulher, por ser um profissional que está a todo o momento em contato com as pessoas. O enfermeiro enquanto coordenador das equipes deve buscar estratégias que visem a melhoria da qualidade de vida da mulher principalmente na prevenção câncer do colo do útero.

As atitudes das mulheres brasileiras quanto à prevenção e ao não atendimento aos programas de captação mostra que as principais causas da resistência estariam relacionadas às questões culturais: vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo, parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo, medo do resultado do exame ser positivo. Logo, a estratégia de captação das mulheres para a realização do exame preventivo deve ser priorizada e

organizada de modo a garantir não só o atendimento, como também a entrega do resultado e o seguimento das mulheres em todo o processo (BRASIL, 2008).

Publicação do Ministério da Saúde (2008), pelo INCA, nos chama a atenção para o trabalho do enfermeiro frente às ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino, enfatizando alguns aspectos que devem valorizar em suas estratégias como:

- Promover o controle dos fatores de risco do câncer do colo do útero, inclusive das doenças sexualmente transmissíveis;
- Aumentar o número de mulheres que se submetem ao exame de Papanicolaou ;
- Participar da organização de um sistema de registro de casos capaz de garantir que: as mulheres com resultados colpocitológicos normais sejam examinadas em intervalos regulares, segundo as normas do Programa. Se proceda a uma ação imediata diante da detecção de um exame anormal. O tratamento seja adequado e assegure o seguimento de longo prazo dos casos tratados;
- Reduzir o índice de perda das mulheres com colpocitologias alteradas;
- Apoiando o encaminhamento das mulheres, cuja colpocitologia é anormal, garantindo-se os procedimentos de diagnóstico e tratamento subseqüentes, realizáveis no nível secundário ou terciário do sistema.

As atividades educativas são de alta relevância, já que muitas mulheres, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer.

A publicação do INCA destaca ainda, algumas ações educativas importantes, no estímulo a realização exame preventivo que devem ser levadas em consideração pelos profissionais de saúde, no seu planejamento de atenção a saúde da mulher (BRASIL, 2008, p.205):

- Sensibilizar as mulheres com vida sexual ativa, principalmente as que estão na faixa etária entre 25 e 60 anos, para a realização do exame e para a importância de se tornarem agentes multiplicadores de informações;
- Orientar quanto aos cuidados para a realização do exame.;
- Orientar sobre dúvidas e quanto aos resultados;
- Usar meios de comunicação eficazes e mensagens adequadas para alcançar as mulheres e sensibilizá-las para a coleta do material para o exame de Papanicolaou ;
- Divulgar os locais e horários de atendimento dos serviços de saúde que podem realizar o procedimento;
- Estabelecer uma integração com instituições e grupos que já promovam reuniões regulares, tais como: associações de moradores, associações de mulheres, clubes de mães em escolas, igrejas e outros, para a realização de palestras e também para

identificar lideranças comunitárias, objetivando a formação de agentes multiplicadores das informações;

- Captar essas mulheres nos Serviços de Saúde, onde poderão ser realizadas reuniões de sala de espera, que atingirão mulheres de outras clínicas, além da Ginecologia, com as informações que se quer divulgar;
- Realizar busca ativa das mulheres de 25 a 59 anos e com vida sexual ativa;
- Realizar visitas domiciliares as mulheres que recusam a realizar o exame;
- Realizar grupos operativos com casais, com bate papo , escuta e reflexões .

A mudança da realidade que almejamos deve primeiramente ser embasada em conhecimentos sobre a saúde e fortalecida pelo processo educativo das pessoas.

Sabemos que o exame preventivo, trata-se de algo que causa certo receio e constrangimento a mulher, aspectos que precisam ser abordados em ações educativas nas unidades de saúde, juntamente com as famílias.

A educação em saúde é ferramenta fundamental para enfermeiros na ESF, uma vez que busca mudanças de hábitos, fortalecimento de hábitos saudáveis, principalmente no que tange a realização exame preventivo.

Não adianta o enfermeiro ter um planejamento se o mesmo não considera a realidade na qual ele trabalha. Para atingir saúde para todos é essencial o preparo de todos que estão envolvidos no sistema de saúde, com ações articuladas que adotem estratégias como a valorização da educação, a educação permanente em saúde, com o objetivo de reformular as práticas de saúde.

A educação em saúde é enfatizada na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional. É disposto em seu artigo 3º: "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País" (BRASIL, 1990).

Portanto, é partindo desde pressuposto que podemos ver a responsabilidade dos profissionais que atuam nos serviços de saúde como mediadores para fazer valer as questões abordadas pela lei, que afirma de maneira bem clara e objetiva que a saúde envolve múltiplos fatores e dentre eles a educação.

Quando falamos em educação, podemos focar aqui, que uma das funções de educar em saúde é exclusiva do enfermeiro (a), pois é através do seu intermédio que as pessoas podem ser motivadas para transformar suas vidas, sendo que esta é uma das funções desde tipo de educação (TREZZA *et al.*, 2007)

O processo de educar em saúde é parte essencial do trabalho de cuidar da enfermagem e pode ser entendido como um diálogo que se trava entre as pessoas com o

objetivo de mobilizar forças e motivar para as mudanças no comportamento, atitude ou nas adaptações às novas situações de vida. Assim a educação em saúde exige dos profissionais de saúde uma maior criatividade, inovação e capacidade de improvisação o que os tornam agentes de mudança na sociedade (TREZZA *et al.*, 2007).

A “ação educativa em saúde é um processo que objetiva capacitar indivíduos e/ou grupos para assumirem ou ajudarem na melhoria das condições de saúde da população” (KAWAMOTO, 1995, p.29).

O enfermeiro pode educar de forma que o mesmo não imponha seus conhecimentos e suas condutas como verdades absolutas no processo de educar em saúde, mas procure valorizar o educando na sua prática educativa, pois assim estará proporcionando uma melhor qualidade de vida e de saúde.

O processo educativo que promove o conhecimento, a transformação e a busca pela mudança é aquele que valoriza o homem como sujeito de sua educação, buscando um ser autêntico (crítico-reflexivo) e não um ser alienado. Na educação problematizadora, o profissional procura não transferir seus conhecimentos e valores ao educando, mas os consideram como seres ativos, em que há troca entre ambos, ou seja, é a educação do diálogo o qual torna-se indispensável para a aprendizagem do sujeito (FREIRE, 2005).

Para Sousa *et al.*, (2007) o grande desafio hoje no processo educativo em saúde é promover profissionais críticos, sensíveis, comprometidos com as necessidades reais da população e que responda as exigências do contexto social, sem falar na implantação de educação em saúde mais dialógica, que faça parte da prática de educar dos profissionais de saúde. Uma educação onde a enfermeiro possa agregar as suas ações o seu papel de educador, procurando resgatar as pessoas dos seus direitos enquanto cidadãos.

Podemos perceber que a mudança que estamos em busca está no preparo de profissionais para que realmente estejam capacitados e compromissados tanto como sujeito dentro da sociedade, quanto como educador inovador, o qual valoriza o diálogo no processo educativo.

Para adesão mulheres ao exame preventivo é necessário estar junto das mesmas, conhecer seus medos, saber ouvi-las, refletir juntos, buscar a individualidade de cada mulher, suas dificuldades, para que as estratégias não sejam aleatórias, pois resultados positivos dependerão de como estamos lidando com tal situação.

Podemos convidar uma mulher para fazer o preventivo, mas muitas vezes ela nem mesmo compreende a finalidade do exame. É necessário elaborar estratégias para lidar o hábito da mulher de só procurar um profissional quando já está doente ou com uma queixa. No entanto, este comportamento está enraizado na cultura do nosso povo e sua mudança depende do incentivo a mudança de hábitos, o que é possível na saúde a partir das ações educativas que valorize a realidade das pessoas.

É necessário, profissionais capacitados e responsáveis que conheça de fato a realidade de onde atuam, que realize um planejamento de suas ações a partir dos diagnósticos de saúde da população assistida e assim promova a saúde, humanização e integração da assistência a população em especial da mulher brasileira.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já discutimos, apesar de o Brasil, ser um dos precursores na implantação do rastreamento por câncer do colo do útero, o número e as taxas de mortes por câncer em mulheres são alarmantes, principalmente por mama e colo do útero. O que tem ocorrido apesar dos avanços tecnológicos e investimentos em programas? São questionamentos que não devemos perder de vista. Os fatores de riscos a que esta população está exposta estão sendo trabalhados realmente? As ações implantadas estão de acordo com as adversidades regionais e culturais? Os profissionais estão mesmo preparados? As informações e novas tecnologias estão realmente ao acesso de todos, estimulando a melhoria qualidade de vida das pessoas? Os investimentos e recursos realmente favorecem o acesso a todos aos serviços de saúde?

Com o estudo realizado sobre o tema em questão, foi possível compreender a realidade da assistência a saúde da mulher no Brasil, desde antes do SUS até a criação dos programas como PAISM e Viva Mulher, as principais causas de mortalidade de mulheres e desafios para mudança da realidade da assistência integral a mulher no Brasil.

Foi possível levantar e analisar, de forma sucinta, dados relevantes como fatores de riscos para câncer de colo de útero, compreensão da percepção das mulheres frente exame Papanicolaou e a importância da realização do exame.

As principais causas de morte em mulheres tratam de patologias, na maioria das vezes, relacionadas ao seu estilo de vida e comportamento, como câncer mama e de colo de útero, que ao ser diagnosticado precocemente, a chance de cura é muito grande. Apesar disso, grande parte das mulheres desconhecem a principal finalidade do exame preventivo, as causas do câncer, fatores risco ou comportamento de risco.

O estudo possibilitou ainda a compreensão da importância da assistência básica e integral a saúde da mulher, por meio de ações de educação em saúde e tratamento precoce das lesões precursoras, o que deve fazer parte da estratégia permanente das Equipes de Saúde da Família.

As ações educativas têm um papel fundamental para melhoria desta realidade, destacando que o enfermeiro tem um papel importantíssimo na valorização e resgate dessas ações na equipe onde trabalha e principalmente nas ESF por estabelecer vínculo e conhecer a realidade das famílias.

Para mudar uma realidade, é preciso conhecer, estar junto das pessoas, construir o conhecimento juntamente com a população assistida, valorizar saberes e não impor condutas, proporcionar assim comportamentos saudáveis e melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas, para que estas possam viver com autonomia e saber decidir diante das situações de sua vida.

O enfermeiro deve resgatar seu papel de educar para a saúde e para a vida, zelando assim pela saúde das pessoas. As equipes de saúde devem fortalecer ações educativas através de parcerias, intersetorialidade, principalmente com outros setores sociais, empenharem no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde da mulher e elaborar planos de ação juntamente com gestores de saúde.

7. REFERÊNCIAS

BRANCO, Isaura Maria Bata Henriques Peixoto. Prevenção do Câncer e Educação em Saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. 2005 Abr-Jun; 14(2): 246-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a12v14n2.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2011.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília. 1ª reimpressão. 1984. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em 15 dezembro 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Câncer do Colo do útero**. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=241 acesso em 20 de fevereiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. **Cadernos de Atenção Básica**, n.13. Brasília, 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad13.pdf. Acesso 15 de janeiro 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. *Revista Atual ampliada*, Rio de Janeiro, 3ª. ed. P.155-246, 2008. Disponível em <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf>. Acesso em 10 de fevereiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2002a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uteropdf. Acesso em: 17 de dezembro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 1ª edição. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção do Câncer do Colo do Útero. **Manual Técnico Profissionais de Saúde**. 2002b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf. Acesso em 20 de fevereiro de 2011.

BEGHINI, A. B. *et al.*, Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. **Texto contexto - enfermagem**. vol.15 nº.4, Florianópolis Oct./Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a12.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2011.

BRENNNA S.M.F. *et al.*,.Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino.**Cad. Saúde Pública**.Rio de Janeiro,vol.17, nº.4 . Julho/Ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5296.pdf>. Acesso em 25 de fevereiro de 2011.

CARVALHO, E. C. *et al.*, . Ações de Enfermagem para Combate ao Câncer Desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde de um Município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cancerologia**. V. 51, nº 4, 2005. P.297-303. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/artigo3.pdf. Acesso em 20 de fevereiro de 2011

DOMINGOS, A.C. P. *et al.*,.Câncer do Colo do Útero: Comportamento Preventivo de Auto-Cuidado á Saúde. **Ciências Cuidado Saúde**. 2007. P.397-403. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5337/3385>.Acesso em 20 de fevereiro de 2011.

FELICIANO, C. *et al.*,. Câncer de Colo Uterino: Realização do Exame Colpocitológico e Mecanismos que Ampliam sua Adesão. **Revista de enfermagem**. Rio de Janeiro, UERJ, 18 (1). jan/mar.2010. P. 75-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a13.pdf>. Acesso em 25 de fevereiro de 2011.

FERNANDES, J. V. *et al.*,.Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.43 nº.5 Out. 2009.

FREIRE, P. A concepção “bancária” da educação como instrumento da opressão. Seus pressupostos sua crítica **Pedagogia do oprimido**. 41ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.p.65-87.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher**. Disponível em http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140.Acesso em 17 de dezembro de 2010.

KAWAMOTO, E. E. Educação em Saúde. In: KAWAMOTO, E. E; SANTOS, M. C. H; MATOS, T. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.p.29-33.

MELO, E. C.P. *et al.*,. Políticas de saúde pública. In: FIGUEIREDO, Nebia, Maria de Almeida. **Ensinando a Cuidar da Saúde Pública**. São Paulo. Difusão. 2004. P. 47-72.

MOURA, A. D. A *et al.*,.Conhecimento e Motivações das Mulheres Acerca do Exame de Papanicolaou: Subsídios para a Prática de Enfermagem. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 1, jan./mar.2010.P.94-104.Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/11.1/vol11n1_pdf/a10v11n1.pdf. Acesso em 25 de fevereiro de 2011.

OLIVEIRA, M.M; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. Recife, vol.7, no.1. Jan./Mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000100004. Acesso em 20 de fevereiro de 2011.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 1998. P.25-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>.

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**. Rio de Janeiro, v.19 suppl.2 , 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s2/a12v19s2.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2011.

SOUSA, F. G. M. *et al.*,. Educação em Saúde, enfermeiros e criatividade: a interconexão necessária para o processo educativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6 nº2, ago. 2007. Disponível em <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2007.829/223>> Acesso em: 10 de janeiro de 2011.

TREZZA, M. C. S. F. *et al.*,. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída na cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.16 n.2, p.326-334, abr./mai. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a17v16n2.pdf>. Acesso em: 19 de março de 2011.

THUM M. *et al.*,. Câncer de Colo Uterino: Percepção das Mulheres sobre Prevenção. **Cenc. Cuid Saúde**. Out/Dez.2008, v. 7, nº 4. 509- 516. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6659/3917>. Acesso em 22 de fevereiro de 2011.