

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**EXAME PREVENTIVO DE COLO UTERINO: FATORES
RELACIONADOS À ADEÇÃO DAS MULHERES**

CLÁUDIA CALICE FERREIRA

**FORMIGA/MG
2010**

CLÁUDIA CALICE FERREIRA

**EXAME PREVENTIVO DE COLO UTERINO: FATORES
RELACIONADOS À ADESÃO DAS MULHERES**

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: Profa. Flávia Sampaio Latini Gomes

**FORMIGA/MG
2010**

CLÁUDIA CALICE FERREIRA

**EXAME PREVENTIVO DE COLO UTERINO: FATORES
RELACIONADOS À ADEÇÃO DAS MULHERES**

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: Profa. Flávia Sampaio Latini Gomes

Banca Examinadora

Profa. Flávia Sampaio Latini Gomes - orientadora
Profa. Corina Costa Guedes - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 18/10/2010.

À Minha querida mãe que sempre esteve ao meu lado;

Ao meu esposo, amigo e companheiro, pela paciência e incentivo.

Meus filhos, duas jóias raras que acreditaram que eu seria capaz.

Às minhas amigas Rita, Fabíola e Patrícia, dedico a vocês pela companhia divertida e pelas “ajudas” durante a realização do curso.

Toninho, amigo, colega e nosso motorista, obrigada pelo cuidado com que nos conduziu até a cidade de Formiga.

Josiane e Bruna, colegas e amigas, obrigada pela força e dedicação comigo.

Um grande beijo a todos vocês que fizeram parte desta minha história.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, nosso Pai, pela minha vida, força, entusiasmo e coragem.

À minha tutora, Maria Isabel, que sempre me acolheu carinhosamente na sala de aula, esclarecendo as dúvidas e nos incentivando.

À minha orientadora, Flávia Latini, pelas correções durante a elaboração desse artigo.

O SONHO CONQUISTADO

“Neste mundo desgastante,
De desamor, miséria e fome,
Já vivenciamos bastante,
A doença insana a aplacar.
O câncer do colo uterino,
Insidioso acompanha o destino,
Das mulheres em busca de vida,
Um marco de sua história a contar.
Parece até ilusão,
Um sonho, um caminho a percorrer,
Na estrada que só Deus sabe ser,
O guia acolhedor de poder...
Concretizar o sonho de um dia,
Não existir câncer cérvico-uterino,
A prevenção fazer seus dias findo,
A ausência podermos conquistar”.

MARIA EMÍLIA ROMERO DE MIRANDA HENRIQUES

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar evidências científicas sobre fatores relacionados à adesão ao exame preventivo de colo uterino de mulheres de 25 a 59 anos. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura. De acordo com o objetivo, após a análise, foram identificadas três categorias de temas comuns aos artigos pertencentes à amostra, sendo elas: câncer de colo uterino, fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino e estratégias de prevenção, fatores relacionados à adesão das mulheres ao exame de Papanicolau. Os resultados encontrados da revisão narrativa estudada evidenciam que são muitos os aspectos relacionados à adesão do exame preventivo de colo do útero, sendo que os principais foram: a mulher ter filhos, ter conhecimento e saber da importância do exame de Papanicolau. Outros trabalhos evidenciam que os motivos de adesão da mulher à procura do exame preventivo de Papanicolau são diversos, sendo os motivos principais: procura espontânea por ter autoconhecimento sobre importância da realização do exame, recomendação médica e queixas ginecológicas. Para que a prevenção seja realizada, tornar-se-á necessário que o profissional de saúde reconheça os direitos da mulher, promovendo ações individuais e integradas voltadas à saúde da mulher relacionada à questão do câncer do colo uterino. Dentre essas ações é importante que o profissional considere todos os anseios da mulher que está sendo atendida, ouvindo e valorizando suas queixas e problemas, esclarecendo suas dúvidas e informando-a de todas as questões pertinentes à importância da prevenção.

Palavras-chaves: saúde da mulher, adesão do paciente, teste de Papanicolau, prevenção de câncer do colo uterino.

ABSTRACT

This study aimed to identify scientific evidence on factors related to adherence to preventive examination of the cervix in women 25 to 59 years. We conducted a narrative review. According to the goal, after analysis, we identified three categories of themes common to the items belonging to the sample, were: cervical cancer, risk factors for developing cervical cancer and prevention strategies, factors related to accession of women to the Pap smear. The results of the review narrative study show that there are many aspects relating to adherence to preventive examination of the cervix, and the principal were: his wife have children, be aware and know the importance of the Pap smear. Other studies show that the grounds of membership of women in search of the Pap test are different, being the main reasons: to have a spontaneous self-importance on the exam, medical and gynecological complaints. For prevention to be held, it is necessary that health professionals recognize the rights of women, promoting individual and integrated actions aimed at women's health related to the issue of cervical cancer. Among these actions is important that health professionals consider all the concerns of women being served by listening and valuing their complaints and problems, clarifying their questions and informing them of all matters pertaining to the importance of prevention.

Key-words: women's health, patient compliance, vaginal smears, cervix neoplasms prevention.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dez principais causas da morte extraídas da Declaração de Óbito	13
Tabela 2 – Causas da morte agrupadas e ocorrências	14
Tabela 3 – As principais causas de morte no Brasil (ano base 2005)	14

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etiologia dos tumores ginecológicos	20
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- 5-FU** – 5-Fluorouracil
- BIREME** – Biblioteca Regional de Medicina
- CCU** – Câncer de Colo Uterino
- CID** – Código Internacional de Doenças
- CPT-11** – *Current Procedural Terminology*
- DASIS** – Departamento de Análise de Situação de Saúde
- DATASUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DNA** – Ácido Desoxirribonucléico
- FIGO** – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
- HIV** – vírus da imunodeficiência humana
- HPV** – Papiloma Vírus Humano
- HSIL** – Lesão de Alto Grau
- IARC** – *International Agency for Research on Cancer*
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INCA** – Instituto Nacional do Câncer
- LILACS** – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- LSIL** – Lesão de Baixo Grau
- MS** – Ministério da Saúde
- NIC** – Neoplasia Intra-Epitelial Cervical
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PET** - Tomografia por emissão de pósitrons
- PNAD** – Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios
- PNPCC** – Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
- RNM** – Ressonância magnética
- SciELO** – *Scientific Electronic Library on line*
- SIM** – Sistema de Informações de Mortalidade
- SVS** – Sistema de Vigilância Sanitária
- TC** - Tomografia computadorizada
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UNESP** – Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVO.....	16
3. METODOLOGIA.....	17
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	18
4.1 Câncer de colo uterino.....	18
4.2 Fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino e estratégias de prevenção.....	22
4.3 Fatores relacionados à adesão das mulheres ao exame de Papanicolau.....	28
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer ocupa o segundo lugar de causa *mortis*, sendo superado, apenas, pela morte não natural e pelas doenças cardiovasculares (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Dados do ano de 2000, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), mostram as dez principais causas da morte extraídas das Declarações de Óbito, conforme são mostradas na TAB. 1.

Tabela 1 - Dez principais causas da morte extraídas das Declarações de Óbito.

Capítulo CID-10	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.379	12.458	21.578	6.310	3.195	46.920
II. Neoplasias (tumores)	7.029	34.052	82.456	32.905	9.875	166.317
III. Doenças sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários	408	1.742	2.652	665	326	5.793
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3.266	19.988	27.733	9.192	3.563	63.742
V. Transtornos mentais e comportamentais	332	3.274	5.356	1.796	802	11.560
VI. Doenças do sistema nervoso	758	4.123	11.238	3.956	1.266	21.341
VII. Doenças do olho e anexos	4	14	17	3	2	40
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	8	36	52	14	11	121
IX. Doenças do aparelho circulatório	13.341	80.246	150.563	51.206	19.150	314.506
X. Doenças do aparelho respiratório	4.825	21.445	54.020	17.466	6.703	104.459
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.538	13.574	26.609	8.485	3.620	54.826
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	113	732	1.426	256	104	2.631
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	196	935	2.027	658	235	4.051
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	983	4.144	10.769	2.733	1.140	19.769
XV. Gravidez parto e puerpério	173	544	455	206	139	1.517
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	3.112	9.095	9.051	2.752	1.810	25.820
XVII. Má formações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	1.008	3.080	3.985	1.487	853	10.413
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	7.443	22.354	38.251	8.676	2.648	79.372
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	10.151	38.034	53.801	20.555	11.103	133.644
Total	59.067	269.870	502.039	169.321	66.545	1.066.842

Fonte: (MS/SVS/DASI, 2010)

Pode-se observar que a segunda principal causa de morte é devido à neoplasia. Quando a causa de morte é analisada de forma agrupada e classificada pelo Código Internacional de Doenças (CID-10), observa-se novamente que as neoplasias são a segunda principal causa de morte (TAB. 2).

Tabela 2 – Causas de morte agrupadas e ocorrências.

Causas da Morte Agrupadas e Classificadas pela CID-10	Ocorrências
Doenças do coração	197.031
Neoplasias	120.493
Doenças cerebrovasculares	84.688
Morte sem assistência médica	78.662
Sintomas, sinais e achados anormais clínicos e laboratoriais	54.450
Agressões	45.343
<i>Diabetes mellitus</i>	35.280
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	33.707
Acidentes de transporte	29.640
Pneumonia	29.345

Fonte: MS/Secretaria de Vigilância em Saúde - Sistema de Informações de Mortalidade, 2000.

Ainda sobre o impacto desta classe de doenças na saúde da população brasileira, pode-se notar que foi a segunda principal causa de mortes no Brasil, em 2005, conforme apresentado na TAB. 3.

Tabela 3 - As principais causas de morte no Brasil (ano base 2005).

Tipo de Doença	Causa	%
Doenças do aparelho circulatório	O derrame cerebral é a principal causa isolada de morte no Brasil. A principal causa de morte nos homens é o infarto do miocárdio (ataque cardíaco) e nas mulheres é o derrame cerebral.	32,2
Neoplasias (Tumores)	A principal causa de morte por tumores em mulheres é o câncer de mama e nos homens, o câncer dos pulmões.	16,7
Causas externas	Nos estados do Norte e Nordeste, as causas externas, como os homicídios e os acidentes, são a segunda causa de morte, superando as neoplasias (tumores).	14,5
Doenças do aparelho respiratório	Como a bronquite crônica e enfisema pulmonar.	11,1
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Como causa isolada, o <i>diabetes mellitus</i> e as suas complicações, é a quarta principal causa de morte no Brasil (a terceira principal causa nas mulheres e a sétima causa nos homens).	6,1
Doenças do aparelho digestivo		5,7
Doenças infecciosas e parasitárias	As mortes pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana), tuberculose ou doença de Chagas estão diminuindo na população brasileira.	5,3
Doenças do aparelho urinário		2,1
Doenças do sistema nervoso		1,9
Má formações congênitas		1,1

Fonte: Relatório Saúde Brasil – IBGE (2007)

O controle do câncer no Brasil representa, atualmente, um dos desafios que a saúde pública enfrenta. Isto porque, além de ser a segunda causa de morte por doença, ela demanda a realização de ações de variados graus de complexidade, acopladas à necessidade de recursos humanos oriundos de diversas áreas do conhecimento (KLIGERMAN, 2001).

É nesse contexto, que a preocupação em prevenir e diagnosticar precocemente o câncer vem crescendo. Os pacientes oncológicos possuem peculiaridades no que se refere às alterações clínicas, psicológicas e sociais advindas do tratamento, por isso os profissionais que atuam nessa área devem estar preparados para prestar assistência tanto nos níveis primário e secundário, quanto no terciário (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O câncer do colo uterino constitui um dos mais graves problemas de saúde pública. Este tipo de câncer, geralmente, apresenta evolução lenta, dividida em fases: pré-invasiva e, portando, benigna, caracterizada como lesões pré-malignas ou pré-cancerosas. O período de evolução de uma lesão cervical inicial para forma invasiva, pode durar até vinte anos (SILVEIRA, 2005).

Atualmente, as principais estratégias para o controle de câncer do útero, no Brasil, baseiam-se na disponibilização do exame citopatológico (Papanicolau) para as mulheres entre vinte e cinco e cinquenta e nove anos de idade, no tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e no monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, em diferentes etapas (BRASIL, 2002).

Com o intuito de aperfeiçoar os recursos disponíveis, o exame Papanicolau deve ser realizado anualmente pelas mulheres entre vinte e cinco e cinquenta e nove anos, ou que já iniciaram a atividade sexual antes dessa faixa etária. A periodicidade do exame poderá ser trienal, após duas coletas anuais negativas para displasia ou neoplasia, permitindo identificar os casos nos quais possam ter ocorrido um resultado falso-negativo (BRASIL, 2008).

Sendo assim, a realização dos exames preventivos constitui-se em uma forma comprovada e eficaz para o rastreamento precoce das neoplasias do colo uterino, resultando, na maioria dos casos, na cura da doença.

Porém, apesar de o Brasil ter sido um dos pioneiros na disponibilização do exame de Papanicolau na atenção primária e ser um procedimento de baixo custo, o percentual de mulheres beneficiadas ainda é reduzido.

Espera-se com este trabalho conhecer alguns fatores que estariam relacionados à adesão ao exame Papanicolau entre as mulheres com idades entre vinte e cinco e cinquenta e nove anos.

2. OBJETIVO

Identificar evidências científicas sobre fatores relacionados à adesão ao exame preventivo de colo uterino de mulheres de vinte cinco e cinquenta e nove anos.

3. METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se em uma revisão narrativa da literatura.

A revisão narrativa (RN) é também denominada revisão jornalística ou tradicional da literatura e, em relação à revisão sistemática, tem um alvo temático mais aberto, dificilmente partindo de uma questão particular bem acentuada; a procura das fontes não é pré-determinada e citada, comumente com menor alcance. A inserção e a avaliação dos estudos são acondicionadas aos critérios dos revisores, que normalmente também não são pré-especificados e pretendem ser mais subjetivos, sendo as sínteses na maioria das vezes de ordem qualitativa, ou eventualmente compreendidas contagens de votos, quando há efeitos muito discrepantes entre os estudos primários (GRAY, 2004).

Foram realizadas buscas nas bases de dados em saúde: PubMed, desenvolvida pela *National Library of Medicine* (Washington, USA), e LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (www.bvs.br ou www.bireme.br).

Também foram realizadas buscas no SciELO (*Scientific Electronic Library on line*), biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, disponível em: www.scielo.br.

Foram usados os seguintes critérios de inclusão:

- estudos realizados em humanos,
- publicados em português ou inglês,
- cujos descritores fossem: saúde da mulher, adesão do paciente, teste de Papanicolau e prevenção de câncer do colo uterino.

Outras fontes também foram utilizadas, tais como: trabalhos científicos, revistas e livros, os quais foram publicados, em sua maioria no período de 1991 a 2010.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A revisão da literatura desse trabalho resultou da leitura em livros e artigos científicos, sendo que os seis artigos citados no tópico intitulado “fatores responsáveis pela adesão das mulheres ao exame de Papanicolau” constituíram as principais referências para responder ao objetivo desse artigo que é caracterizar os aspectos de adesão relacionados à realização do exame preventivo de colo uterino em mulheres de cinco e cinquenta e nove anos.

De acordo com esse objetivo, após a análise, foram identificadas três categorias de temas comuns aos artigos pertencentes à amostra, sendo elas: câncer de colo uterino, fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino e estratégias de prevenção, fatores relacionados à adesão das mulheres ao exame de Papanicolau. As categorias estão apresentadas ao longo do presente trabalho.

4.1 Câncer de colo uterino

De acordo com SPENCE (1991), o sistema reprodutor feminino inclui: ovários, que produzem os óvulos; as tubas uterinas, que transportam e protegem os óvulos; o útero, que provê um meio adequado para o desenvolvimento do embrião; e a vagina, que serve como receptáculo dos espermatozóides.

A genitália externa é composta, principalmente, pela vulva ou pudendo, monte pubiano, grandes lábios, pequenos lábios, frênulo ou fúrcula e vestíbulo. A genitália interna inclui a vagina, o útero, as tubas uterinas e o ovário (JARVIS, 2002).

Este sistema reprodutor pode ser acometido por tumores, que constituem um grupo heterogêneo de neoplasias, com origem nos diversos órgãos do aparelho genital, cada qual com padrão histológico e comportamento biológico distintos (COELHO; COSTA, 2005).

O câncer cervical possui incidência mundial de cerca de 500.000 casos por ano, tendo tomado proporções epidêmicas em países em desenvolvimento, do Brasil à Índia, devido à falta de rastreamento. Aproximadamente, 80% dos 500.000 casos novos de câncer por ano ocorreram em países pobres, principalmente da América Latina e África e na Índia. Em países com maior poder aquisitivo, as mulheres têm acesso às novas

tecnologias que, na maioria das vezes, ainda não são encontradas nos países em desenvolvimento (NORONHA *et al.*, 1999).

Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada para o câncer de colo do útero (CCU), em cinco anos varia de 59 a 69%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é de cerca de 49% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49% (BRASIL, 2007).

A incidência do câncer geral na mulher brasileira vem apresentando modificações nos últimos anos, com redução do número de casos de câncer do colo do útero e aumento das neoplasias mamárias (BRASIL, 2007).

Os estudos dos fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de tumores dos órgãos genitais revestem-se de maior importância no que se relaciona às medidas preventivas, rastreamento e detecção precoce (LIMA, 1999).

Muitos são os fatores de risco que podem estar associados aos tumores ginecológicos, porém o início precoce das atividades sexuais, a multiplicidade de parceiros, lesões genitais por papiloma vírus humano (HPV) e infecções genitais de repetição são considerados os principais fatores, conforme mencionados no Quadro I.

Quadro I – Etiologia dos tumores ginecológicos.

ETIOLOGIA	JUSTIFICATIVA E DISCUSSÃO
Idade	Câncer de colo do útero invasivo é mais comum em mulheres entre 35 e 50 anos. O câncer de vagina e da vulva ocorre com maior frequência a partir dos 70 ou 75 anos e ocorrência em pessoas jovens vem aumentando devido à infecção pelo HPV.
Raças e áreas geográficas	Câncer do endométrio é raro entre as mulheres japonesas e comum nas européias e americanas. A neoplasia trofoblástica gestacional é mais usual na Ásia que na Europa e nos Estados Unidos.
Hábito sexual	O papilomavírus é um importante agente etiológico nos cânceres de vulva, vagina e, em especial, no de colo do útero. A multiplicidade de parceiros sexuais contribui para o maior risco de contrair o vírus e as lesões por ele desencadeadas. O início precoce das atividades sexuais aumenta a probabilidade de câncer cervical, pois isso implica atividade sexual mais prolongada.
Vida reprodutiva	Os contraceptivos hormonais bifásicos, usados por longo tempo, podem aumentar o risco para tumores de endométrio. Uso de dietilestilbesterol por mulheres grávidas altera o desenvolvimento de filhas expostas <i>in útero</i> ao hormônio, ficando estas mais suscetíveis ao adenocarcinoma de vagina. A baixa paridade e a menopausa tardia aumentam a incidência do câncer de endométrio, enquanto a menopausa precoce pressupõe maior risco para câncer de vulva.
Obesidade	A obesidade piora o prognóstico das mulheres tratadas de câncer do endométrio. O sobrepeso de 5 a 10 kg predispõe ao câncer de endométrio e vulva.
Dietas	Existe uma correlação positiva entre mulheres que consomem muito leite e seus derivados com o câncer de ovário. Dietas pobres em vitamina C, betacaroteno e/ou ácido fólico, favorecem o desenvolvimento de câncer do colo uterino.
História familiar	A história familiar está relacionada ao aparecimento do câncer de ovário. Quanto mais próximo for o parente (mãe, irmãs) e quanto mais pessoas forem acometidas na árvore genealógica, maior será o risco.
Outros fatores	O tabagismo possui importante associação com o câncer de colo uterino, por afetar as células de Langehans (células de defesa do tecido epitelial). A lesão hepática crônica, causada pelo consumo excessivo do álcool, aumenta o risco para o câncer de endométrio, em virtude da diminuição do metabolismo de estrogênios. A hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares estão comumente associadas aos cânceres de endométrio e vulva.

Fonte: Moraes (2007).

Segundo OTTO (2002), o câncer de colo uterino, denominado também câncer cervical ou carcinoma de cérvix, é o mais comum em mulheres entre 35 e 50 anos, em todo o mundo. De acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), os tumores malignos do colo do útero dividem-se em: tumores epiteliais, sendo os dois principais tipos histológicos o carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma e tumores do tecido mesenquimal, como o sarcoma de estroma endocervical e outros linfomas e melanomas.

O carcinoma cervical é precedido por uma série de modificações no epitélio original que constituem as lesões pré-malignas, que podem ser classificadas utilizando uma associação entre o Sistema Bethesda e a classificação de Richart que relaciona lesão intra epitelial escamosa de baixo grau (LSIL) com neoplasia intraepitelial cervical (NICI) e, nos casos de infecção por HPV, lesões intra epiteliais de alto grau (HSIL) com NIC II e NIC III. Essas lesões são caracterizadas histologicamente por uma desorganização da arquitetura do epitélio escamoso por atipias nucleares e figuras de mitoses anormais (BUFFON *et al.*, 2006).

Conforme COELHO; COSTA (2005), a maioria das mulheres com diagnóstico de câncer cervical em estágio inicial é assintomática, e a doença é descoberta pelo exame preventivo de citologia oncológica ou esfregaço de Papanicolau. Porém, é importante alertar para possíveis hemorragias ou sangramentos pós-coito, pequenos sangramentos sem causa aparente e leucorréia purulenta, sintomas que devem ser investigados. Por outro lado, dor pélvica, perda de urina ou fezes pela vagina, perda de peso e anorexia são sintomas de câncer avançado.

O rastreamento para detecção precoce de câncer do colo uterino deve ser feito a partir do início da vida sexual, devendo ser encorajado indefinidamente, já que alguns subtipos histológicos ocorrem após os 65 anos (MALUF; MARQUES; ABDO, 2004).

Para LIMA (1999), a prevenção da neoplasia de colo de útero inclui alguns fatores, como realizar higiene perianal, limitar número de parceiros sexuais, usar contraceptivos de barreira com geléias, evitar tabagismo e consumo de alimentos que contenham vitamina C e betacaroteno.

Para MALUF; MARQUES; ABDO (2004), o estadiamento da doença, que determinará os tipos de tratamento adequados, sendo necessário: exame clínico, exame de Papanicolau, históricos clínico e sexual detalhados e exame pélvico (ginecológico e retal), realizado por um ginecologista especializado em oncologia, sob anestesia. Além disso, realizam-se exames laboratoriais (hemograma, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica – DHL, uréia e creatinina) e raios X de tórax. A ressonância magnética (RNM), a tomografia computadorizada (TC) de abdômen e pelve, com contraste; a cistoscopia e a retossigmoidoscopia são indicadas somente a partir de alguns estágios.

A tomografia por emissão de pósitrons (PET scan) aumenta consideravelmente a sensibilidade e especificidade como método de diagnóstico e prognóstico em pacientes com câncer de cérvix uterino (MALUF; MARQUES; ABDO, 2004).

O tratamento conservador abrange cauterização química, crioterapia, diatermocoagulação ou laserterapia. Já nos casos de doença invasiva, é indicada histerectomia total ou radical, com linfadenectomia pélvica bilateral. A radioterapia

externa, braquiterapia e radioquimioterapia também podem ser utilizadas como modalidades terapêuticas (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Dentre os protocolos de quimioterapia, tem-se a cisplatina e o 5-fluorouracil (5-FU) como as drogas mais utilizadas. Porém, de acordo com o estágio da doença, utilizam-se ainda: ciclofosfamida, ifosfamida, carboplatina, paclitaxel, vinorelbina, irinotecano (CPT-11), gencitabina, bleomicina, mitolactol, entre outros. Atualmente, o uso de eritropoietina em associação com sulfato ferroso diminui a incidência de anemia e a necessidade de transfusões sanguíneas durante a quimioterapia (MALUF; MARQUES; ABDO, 2004).

São fatores importantes de prognósticos: a idade, condição socioeconômica, raça, tamanho e volume do tumor, envolvimento linfático e linfonodal e tipos histológicos.

4.2 Fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino e estratégias de prevenção

O câncer de colo do útero é o segundo câncer mais comum entre mulheres no mundo sendo responsável anualmente, por cerca de quatrocentos e setenta e um mil novos casos e pelo óbito de, aproximadamente, duzentos e trinta mil mulheres por ano. Sua incidência torna-se evidente na faixa etária de vinte a vinte e nove anos e o risco aumenta geralmente na faixa etária de quarenta e cinco a quarenta e nove anos. Quase 80% dos casos novos ocorrem em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres (SASLOW *et al.*, 2007).

A incidência de carcinoma cervical é mais elevada em mulheres casadas e menos elevada em mulheres inativas sexualmente. A relação da circuncisão com o câncer do colo uterino mostra que a incidência de câncer em mulheres casadas com homens que fazem parte do grupo que praticam a circuncisão é menor do que em outras mulheres (SHEETS, 1999).

Existem diversos fatores de risco para o aparecimento do carcinoma cervical, sendo a infecção por tipos específicos de HPV o principal deles. Início precoce da atividade sexual, número de parceiros sexuais durante a vida e promiscuidade dos mesmos, nutrição, paridade ou multiparidade, tabagismo, uso de contraceptivos orais e baixas condições socioeconômicas também são consideradas alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino (MEDEIROS *et al.*, 2005).

Outro fator de risco é o estado imunológico. Acredita-se que o estado de imunocompetência do hospedeiro pode ter algum papel na evolução das lesões cervicais.

As células que o HPV infecta não possui resposta eficiente aos antígenos, tendo atraso em seu reconhecimento pelo sistema imune, facilitando sua multiplicação (ZIMMERMMANN; MELO; CASTRO, 2006).

Esses mesmos autores ainda afirmam que mulheres que possuem seu sistema debilitado, como por exemplo, mulheres soropositivos para HIV, possuem maior probabilidade de desenvolver neoplasia intra epitelial cervical (NIC) comparadas com a população em geral. Tal fato pode ser explicado pela baixa imunidade, com estimativa de que tais pacientes têm até dez vezes mais chances de desenvolver NIC do que aquelas não portadoras do vírus (ZIMMERMMANN; MELO; CASTRO, 2006).

Aproximadamente 15% dos casos de câncer são decorrentes de infecções virais. O HPV está associado ao carcinoma de colo de útero e anogenitais carcinomas cutâneos (CALEFFI, 1997).

MOHALLEM; RODRIGUES (2007) afirmam que os avanços na descoberta de infecções virais como agentes causadores dos diferentes tipos de câncer também têm propiciado investigações científicas no desenvolvimento de vacinas contra os vírus, como ocorre com o do HPV, que gera resposta imunológica no organismo. Com o conhecimento dos fatores predisponentes, passa a ser possível a programação de medidas preventivas, de rastreamento e detecção precoce.

Estima-se que agentes medicinais são responsáveis de 1 a 2% dos cânceres, sendo que os imunossupressores atingem o colo do útero (COELHO, 2003).

A ectopia cervical tem sido outro fator relacionado com infecção por HPV e desenvolvimento do carcinoma cervical (MONTE; PEIXOTO, 2010).

Segundo MURTA *et al.* (1999), as mulheres com citologia normal e ectopia apresentam mais frequentemente HPV-DNA que as mulheres sem ectopia, e que ectopia cervical em mulheres com sinais citológicos de infecção por HPV é mais comum abaixo dos trinta anos.

Existem mais de cem genótipos do vírus. Está comprovado que alguns tipos são mais agressivos que outros no sentido de promover o câncer. Cada tipo pode causar diferentes manifestações clínicas. Os HPVs de tipos dezesseis e dezoito, considerados de alto risco, estão intimamente relacionados à lesões intraepiteliais, com possibilidade de evolução para o câncer em 70% dos casos. O tipo dezesseis do HPV, é detectado em cerca de 60% das lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL) e na maioria dos cânceres cervicais invasivos, porém, em apenas 20% das lesões de baixo grau. O tipo dezoito de HPV é detectado em apenas 5% das HSILs e em cerca de 20% dos carcinomas escamosos invasivos. O tipo dezoito do HPV possui uma afinidade especial

pelo epitélio da endocérvice e está presente em carcinomas de pequenas células (KOSS, 2006).

Dentre as viroses que acometem a região genital, a infecção por HPV é considerada a mais frequente. O Brasil ocupa posição de destaque no *ranking* de contaminação pelo vírus com trinta e quatro milhões de brasileiros e brasileiras infectados (BRASIL, 2002).

Há uma relação causal entre a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV e o desenvolvimento do câncer do colo de útero e de suas lesões precursoras (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2005).

LIMA *et al.* (2006) afirmam que existe a associação do câncer cervical com a atividade sexual das mulheres.

RAWLS *et al.* (1986) também relatam que a parceria sexual múltipla aumenta a probabilidade de exposição à um agente sexualmente transmissível e que a idade precoce ao primeiro coito torna o epitélio cervical mais suscetível à agressão oncogênica.

Para PAUL *et al.* (1982), se o câncer cervical é causado por um agente sexualmente transmissível, os hábitos sexuais do homem também devem ser de grande importância. Este contexto foi encontrado no estudo de LIMA *et al.* (2006), o qual registrou que, entre as mulheres estudadas, a maioria refere ter tido no máximo dois parceiros na vida e que achavam que seus companheiros tinham relacionamentos extraconjugais, sendo que os mesmos usavam preservativos nestas relações. Segundo TEIXEIRA *et al.* (1999), o fato de o homem apresentar mais de uma parceira foi suficiente para aumentar de três a quatro vezes as chances de diagnóstico de HPV, independente do número de parceiras relatadas.

Segundo MOHALLEM; RODRIGUES (2007), os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer uterino estão relacionados à alimentação, fumo, vírus, medicações e hormônios.

A dieta rica em gordura, o excesso de calorias, o consumo de carne vermelha e o aumento de peso estão envolvidos na gênese do câncer do aparelho reprodutivo (CALEFFI, 1997).

Os riscos do fumo são extensivos aos fumantes passivos e representam 35% das causas de aparecimento do câncer da cérvix uterina (CALEFFI, 1997).

Segundo PARISI (2010), o grande mal que o cigarro causa pode ser explicado por meio de seus vários componentes, como a fumaça exalada, que além da alta temperatura que causa agressividade térmica à mucosa, é também fonte de 4.720 substâncias tóxicas ao organismo. Dessas, mais de sessenta são cancerígenas, sendo

as principais: nicotina, alcatrão, substâncias radioativas (polônio 210, urânio e carbono 14), agrotóxicos, amônia, formol e monóxido de carbono.

PINTO; TÚLIO; CRUZ (2002) afirmam que o tabaco contribui para a oncogênese cervical por meio de dois mecanismos. O primeiro mecanismo está associado com o decréscimo das células de Langerhans no epitélio escamoso cervical, sugerindo diminuição da imunidade local. O segundo está ligado diretamente ao hábito de fumar e ocorre quando o DNA das células epiteliais cervicais é exposto à nicotina e à cotidina, além de outros componentes da fumaça.

Para os pesquisadores ALEIXO NETO (1991) e SILVA (2006), o hábito de fumar favorece a infecção persistente e aumenta o risco do câncer do colo do útero, mesmo quando da ausência de outros fatores.

De acordo com ITO *et al.* (2009), as evidências científicas atuais sugerem que a infecção por HPV possa seguir quatro caminhos:

1. em indivíduos imunologicamente competentes, apresentam-se como infecção transitória em aproximadamente 50%, com eliminação completa do vírus;
2. DNA de HPV de alto risco pode ser detectado em 84% a 99,7% dos cânceres cervicais;
3. lesões persistentes e resistentes ao tratamento normalmente são ocasionados por HPV de alto risco;
4. em indivíduos que apresentam lesões pelo HPV, estas podem regredir espontaneamente em 30% a 50% dos casos.

A prevenção e o diagnóstico precoce, para SEBASTIÃO *et al.* (2004), constituem as formas ideais para reduzir a morbidade e a mortalidade decorrentes do câncer do colo do útero, que é um problema de saúde pública, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Para se evitar infecções por HPV, a prevenção consiste na utilização de preservativos, fazendo dessa forma uma barreira física. Houve uma significativa redução na infecção por vírus em jovens que, mesmo tendo iniciado a vida sexual, têm seus parceiros fazendo o uso de preservativo de forma correta (SHEETS, 1999).

As estratégias de prevenção do câncer do colo uterino consistem no diagnóstico precoce da doença. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que todas as mulheres sexualmente ativas realizem a colpocitologia anualmente a partir dos vinte e cinco anos de idade e que o mesmo se repita a cada três anos, após dois resultados negativos consecutivos (STIVAL; LAZZAROTTO; VARGAS, 2005).

MOHALLEM; RODRIGUES (2007) ressaltam que, dentre as estratégias de prevenção do câncer, o enfermeiro deve incentivar o cliente a ter uma alimentação

saudável, não só visando prevenir o câncer, mas também doenças cardíacas, obesidade e outras enfermidades crônicas, como diabetes; que estão entre as principais causas de morte no país. Assim, salienta-se a importância do consumo frequente e generoso de frutas, verduras, legumes e cereais integrais, os quais auxiliam as defesas naturais do corpo a destruírem os elementos carcinogênicos antes que eles causem danos celulares (BRASIL, 2004; MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Em relação ao desencorajamento do consumo do tabaco, a equipe de saúde deve (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007):

- atuar no combate ao fumo, informando a população sobre os riscos do tabaco.
- conscientizar o fumante de que o cigarro prejudica o seu desempenho físico e que os recursos da manutenção desse hábito podem ser realocados para outras finalidades, como o seu lazer.
- informar que, muitas vezes, o indivíduo precisará de ajuda para abandonar o vício e que deverá procurar um profissional que esteja preparado para as terapias de suporte. Uma das alternativas também seriam os grupos de apoio, como recurso para compartilhar experiências e buscar sugestões para resolução de problemas comuns aos tabagistas.
- caracterizar os grupos expostos e os de risco, a fim de propor metodologias para avaliar a adesão ao tratamento.
- mobilizar as pessoas a acreditarem em uma vida mais saudável, evitando que jovens e crianças comecem a fumar.
- divulgar informações sobre as leis que protegem a população contra o tabaco, proibindo o fumo em instituições escolares etc.

Além disso, a mulher deve ser orientada a realizar o auto cuidado para manter o colo uterino saudável e prevenção do câncer do colo de útero (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007). Para isso faz-se necessário:

- Manter alimentação balanceada, rica em fibras, frutas, verduras, cereais integrais e carnes magras.
- Não fumar.
- Manter o peso ideal.
- Praticar atividades físicas regularmente.

Quanto às orientações para a saúde do colo do útero, a mulher deve realizar exame preventivo de Papanicolau a partir dos dezoito anos, pelo menos uma vez por ano e assim que sentir necessidade; evitar qualquer tipo de atividade sexual que envolva contato genital ou limitar o número de parceiros sexuais e sempre usar preservativo na relação sexual. KOWALSKI; KOWALSKI (2003) relatam que a colpocitologia oncótica

(Teste de Papanicolau) é indicada anualmente para todas as mulheres sexualmente ativas e com dezoito anos ou mais, e deve ser associada ao exame pélvico. Após três resultados negativos, pode-se aumentar o espaço de tempo para cada três anos.

Recomenda-se *check-up* oncológico para indivíduos assintomáticos, além dos programas já estabelecidos para a detecção precoce de alguns tipos de tumores, como os de colo uterino; ressaltando que devem ser associados ao exame clínico, composto por anamnese e exame físico, a fim de obter o diagnóstico definitivo (SASLOW, 2007; KOWALSKI; KOWALSKI, 2003).

Além disso, o cuidado com a saúde e suas consequências sobre a organização social têm crescido, o que torna necessário conhecer melhor o que acontece de fato nos serviços de saúde, a sua participação na dinâmica social, os resultados ou efeitos para os indivíduos e para o coletivo (NOVAES; DUTILH, 1996).

Conforme MOREL (2004), saúde, ciência e tecnologia são requisitos para o desenvolvimento econômico e social. Para o ano de 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu como objetivo de desenvolvimento do milênio o desafio de organizar sistemas de pesquisa em saúde com base em prioridades sanitárias, a fim de assegurar a incorporação dos resultados às políticas e ações de saúde nos países em desenvolvimento.

Em relação à prevenção, WILCOX (2004) constata que medidas preventivas têm sido a maior defesa na luta contra o câncer e que, a possibilidade de diagnosticar precocemente algumas neoplasias malignas, resultam em mudanças substanciais no perfil epidemiológico da doença.

O enfermeiro, no seu papel de educador, deve cumprir e fazer cumprir as ações e diretrizes traçadas pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC): ter um conjunto de ações estabelecidas e contínuas que levem à conscientização da população quanto aos fatores de risco de câncer, promovendo a detecção precoce do mesmo dando acesso a tratamento de qualidade, equitativo em todo o território nacional.

MOHALLEM; RODRIGUES (2007) afirmam que a enfermagem é uma profissão eminentemente social, que tem realizado sua função visando o cuidado da saúde com qualidade e tem se desenvolvido em estruturas e processos de trabalho. Porém, requeira-se ainda da profissão maior aprimoramento das metodologias avaliativas que resultem em produção de informações sobre a efetividade das ações, ou seja, os resultados dos processos de trabalho com especificidade em oncologia, que possam subsidiar a tomada de decisões, voltada para outras prioridades da política de prevenção do câncer.

Se a mulher praticar os cuidados e orientações sobre o controle do câncer do colo do útero, conforme protocolos existentes e direcionados à atenção básica de saúde da mulher, os quais preconizam o desenvolvimento de um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação; ela estará cuidando do seu próprio corpo, garantido condições para cuidar da sua própria família.

4.3 Fatores relacionados à adesão das mulheres ao exame de Papanicolau

Após leitura de diversos autores, os quais estão mencionados no item 6, pode-se afirmar que muitos fatores interferem na adesão das mulheres ao exame de Papanicolau.

Conforme CAVALCANTE (2004), a dificuldade em controlar o câncer de colo do útero deve-se aos fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais. Conseqüentemente, mais de 70% das pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero, na primeira consulta já apresentam a doença em estágio avançado, tendo então, uma limitação significativa quanto à possível cura.

De acordo com pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, quinze mulheres na faixa etária de vinte e cinco a cinquenta e nove anos foram entrevistadas ou observadas. Os autores concluíram que, em relação aos aspectos sócio-econômicos, as mulheres eram em sua maioria, casadas, com baixa escolaridade e baixa renda familiar. Tais aspectos estão relacionados aos fatores de risco para o câncer de colo uterino, pois, esses aspectos uma vez que possibilitam comportamentos de risco (SOUZA; BORBA, 2008).

Além disso, os autores verificaram que a maioria das mulheres já havia sido submetida ao exame de Papanicolau, porém, com periodicidade de um até dez anos. Nota-se a falta de conhecimento sobre o exame e sua importância, porque as mulheres relataram razões referentes a mitos e tabus como motivos para explicar o não comparecimento ao exame no período menor que o apresentado (SOUZA; BORBA, 2008).

Em outro estudo, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios – PNAD, de 2003, e de seu suplemento de Saúde, mulheres com vinte e cinco anos ou mais, foram questionadas sobre a realização do exame clínico de mama, mamografia e Papanicolau, bem como a periodicidade de sua realização. Os autores relataram que a cobertura dos exames, em relação à idade da mulher, segue de forma geral as diretrizes indicadas pelo Ministério da Saúde, que considera como público

prioritário para o rastreamento da neoplasia de útero, por meio do exame Papanicolau, as mulheres de 25 a 59 anos (SOUZA; FIORAVENTE, 2003; BRASIL, 2008).

Um dos fatores que apresentou associação positiva e significativa para a realização do exame preventivo foi da mulher ter filhos. Os demais fatores que apresentaram maior associação com a realização do exame preventivo neste estudo foram: número de consultas médicas nos últimos doze meses, ser escolarizada, renda familiar de cinco salários mínimos ou mais, residir na área urbana, ter menos de cinquenta e nove anos, ser economicamente ativa, avaliar positivamente a própria saúde e ter plano de saúde (SOUZA; FIORAVENTE, 2003).

Em outro estudo, realizado no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP), a população foi composta por mulheres na faixa etária de vinte e cinco a sessenta anos, que participaram da consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo uterino e detecção precoce do câncer mamário. A faixa etária escolhida foi justificada pela maior incidência do câncer de colo uterino entre as idades de vinte e cinco e cinquenta e nove anos. O estudo teve por objetivo compreender e analisar como as mulheres percebem a sua participação na prevenção e no diagnóstico precoce, por meio do exame de Papanicolau. A autora concluiu que as mulheres estavam conscientes quanto ao processo de promoção, prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo uterino, priorizando a necessidade de estarem saudáveis para cuidar da família (FERREIRA, 2007).

Outro estudo, de OLIVEIRA; PINTO; COIMBRA (2007), realizado em município do interior do Estado de São Paulo, teve como objetivo analisar a percepção de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero, como proposta da Estratégia Saúde da Família, utilizando abordagem qualitativa. As autoras concluíram que as mulheres valorizavam a precaução como uma solução importante para a manutenção da saúde. Algumas das entrevistadas realizaram a prevenção do câncer de colo uterino por orientação dos profissionais, enquanto outras procuraram o serviço, especificamente, para a realização da prevenção. Isto pode ser entendido como autopreservação, seja ela determinada pelo medo da instalação do câncer de colo uterino, ou mesmo pelo autocuidado.

Estudo realizado em um Núcleo de Saúde da Família, do Município de Ribeirão Preto, traçou o perfil de mulheres na faixa etária de quarenta a quarenta e nove anos (RAMOS *et al.*, 2006). Os autores concluíram que, no serviço de saúde em questão, as mulheres tinham maior tempo de cadastro no serviço, datando de 1999 a 2000, apresentavam baixo grau de ensino (analfabeto/1º grau), tiveram até duas gestações e não eram naturais de Ribeirão Preto. Além disso, observou baixo grau de participação

social da população em estudo, em grupos ou associações comunitárias, o que permite a disseminação de conhecimentos, portanto, proporciona maiores possibilidades de procura pelo exame preventivo. Os autores destacaram a alta correlação entre a realização do preventivo e mulheres que não possuem convênio de saúde.

Para obter ação preventiva é necessária a criação de estratégias que atinjam toda a população de risco, com informação constante, promovendo a compreensão dos fatores de risco associados, em especial os de características sexuais (LIMA; PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2006; MOTTA, 2001).

A vacinação profilática tem como meta reduzir a incidência de doença genital por HPV. Atualmente, existem no mercado duas vacinas profiláticas, sendo ambas desenvolvidas na expressão recombinante da proteína do capsídeo principal, L1, do vírus. A quadrivalente, denominada de *Gardasil* (Merck & Cia. Inc.), protege contra HPVs do tipo: 6, 11, 16 e 18. A outra, que é bivalente, denominada de *Cervarix* (GlaxoSmithKline), protege contra tipos 16 e 18. Desta forma é esperada uma redução na incidência de verrugas genitais com o uso das vacinas. Porém, a eficácia das vacinas é tipo-específica e deve ser administrada antes de qualquer exposição ao vírus. Contudo, não se tem informações quanto à duração da imunidade oferecida pela vacinação (SASLOW *et al.*, 2007)

A prevenção do câncer do colo de útero é uma atividade inerente às equipes de Saúde da Família, definida como estratégica no Pacto pela Vida, publicado por meio da Portaria nº 399/06, do Ministério da Saúde, e assumida formalmente por gestores municipais (BRASIL, 2006). Essa tem sido uma atividade desenvolvida praticamente apenas pelo enfermeiro. A meta estabelecida pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero é de que pelo menos 80% das mulheres, com idade entre 25 e 59 anos, realizem o exame de Papanicolau periodicamente, da seguinte forma: inicialmente um exame por ano; no caso de dois exames normais seguidos (com intervalo de um ano entre eles), o exame deverá ser feito a cada três anos. Nos casos de resultados alterados, a mulher deve seguir as orientações fornecidas pelo médico que a acompanha (BRASIL, 2007).

Ainda conforme SASLOW *et al.* (2007), uma estratégia bem sucedida para a prevenção do câncer cervical foi a execução de programas que utilizam a citologia cervical esfoliativa, o teste de Papanicolau. Nos três primeiros anos de implantação desses programas, houve redução das taxas de câncer cervical. Isso aconteceu devido à detecção precoce de lesões cervicais e o tratamento de lesões precursoras do câncer.

Diversos fatores interferem na adesão das mulheres ao exame de Papanicolau, contribuindo para persistência do câncer de colo de útero como um sério problema de

saúde pública. Atualmente, o controle desta doença é dificultado, sobretudo, por fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais, fazendo com que mais de 70% das pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero, apresentem a doença em estágio avançado já na primeira consulta, limitando consideravelmente a possibilidade de cura (CAVALCANTE, 2004)

Em um estudo realizado por SILVA (2006), intitulado “Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolau em município do Sul do Brasil”, foram entrevistadas 518 mulheres, constatando-se que os principais motivos citados para a adesão ao Papanicolau entre as 414 mulheres que se encontravam com o exame atualizado (exame coletado há menos de três anos) foram: rotina do programa oferecido pela Unidade Básica de Saúde – UBS (46,9%), recomendação médica (25,8%) e queixas ginecológicas (14%). Desse grupo, 66,3% haviam se submetido ao último exame na UBS da área e as demais em locais que prestam atendimento privado ou por convênios médicos (excluído um caso que não informou o local de realização do exame). Observou-se associação positiva significativa entre o local de coleta do último exame e a classe econômica, sendo menor a proporção de utilização da UBS entre mulheres das classes econômicas de maior poder aquisitivo: 35,3% das classes A/B, 69,5% da classe C e 78,5% das classes D/E ($p < 0,001$).

As mulheres acreditam que seja importante a realização do exame pela possibilidade de descobrirem uma possível doença. Este motivo realça a pouca informação que elas possuem frente a seu próprio corpo. Assim, o exame é visto de forma obrigatória, não revelando uma real preocupação com a prevenção de doenças. Esse comportamento pode ser reforçado pela forma vaga e mecanicista em que são difundidas as campanhas pela mídia, pelos serviços de saúde e a própria orientação dos profissionais de saúde (BRITTO; NERY; TORRES, 2007).

De acordo com CORRÊA (2009), em estudo intitulado “Perfil das Usuárias do Sistema Único de Saúde que realizam o Papanicolau em Manaus”, encontrou-se proporção relativamente alta de mulheres que relataram a procura espontânea pelo exame (66,2%), mencionada muitas vezes como um procedimento de rotina. Este dado é corroborado por PINHO (2002), que observou como principal motivo da realização do exame a procura espontânea, ocorrendo em 55,5% das participantes.

Outros autores também encontraram um grande número de mulheres que realizaram o exame por demanda espontânea, realizando-o para prevenção do câncer (TELLES *et al.*, 2008).

Outra razão que levou as participantes desse estudo a submeterem-se ao Papanicolau foi a recomendação médica, que ocorreu em 23,5% das mulheres. Destas

mulheres, 66,7% (36 participantes) tinham até 34 anos e 34% realizaram dois exames em um ano.

CHUBACI; MERIGHI (2005) também notaram que as mulheres brasileiras atribuem a recomendação médica como uma das razões para realização do exame, ao passo que as japonesas citam como principais razões a campanha de prevenção e o *check-up*.

A recomendação por um profissional de saúde desempenha um importante papel na tomada de decisão quanto à realização do exame, devendo o profissional aproveitar todas as oportunidades de contato com as mulheres para oferecer informações que reforcem a importância de comportamentos preventivos (GONÇALES, 2007).

A busca pelo Papanicolau em razão da presença de queixas ginecológicas, também foi mencionada por 10,3% das mulheres entrevistadas, à semelhança de outros estudos (RANCHO; VARGAS, 2007).

Contudo, espera-se que o Papanicolau seja realizado periodicamente em mulheres sem sintomas (OPAS, 1989), uma vez que estes podem significar infecção genital, a qual diminui a qualidade da coleta do material (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

Em países em desenvolvimento, a presença de sintomas ginecológicos é um dos principais fatores para a realização do exame, ao passo que nos países desenvolvidos esta relação representa menos de 10% (LACZANO-PONCE *et al.*, 1999).

CORRÊA; VILELA (2008) afirmam que a maioria das mulheres (96,8%) entrevistadas em seu estudo recebe informação sobre o exame, sendo que 91,5%, do total da amostra referiram que o Papanicolau é um exame para diagnosticar o CCU. Observou-se associação estatisticamente significativa entre o conhecimento da finalidade do exame e a procura espontânea ao mesmo, sugerindo que a informação aumenta a busca pela prevenção. Tal achado reafirma, como mencionado na Declaração de Jacarta, que o acesso à instrução e a informação é essencial para que o indivíduo alcance participação eficaz no controle sobre sua saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise da revisão bibliográfica acerca do tema, pôde-se afirmar que a prevenção do câncer de colo uterino ainda não é a realidade do total da população feminina, mas os resultados obtidos nas diferentes pesquisas evidenciam que, além das ações empregadas pelos profissionais da atenção básica, outros aspectos têm levado as mulheres em busca da realização do exame preventivo Papanicolau.

Entre os achados, foi possível destacar alguns relacionados à adesão ao exame preventivo de colo uterino de maior relevância, são eles:

- A mulher possuir filhos; pois durante o momento da consulta médica à sua prole, abrem-se as oportunidades para o conhecimento e a realização de seu auto-cuidado.
- Número de consultas médicas nos últimos 12 meses; pois o acesso à UBS torna-se mais frequente e regular.
- Condição socioeconômica abastada, ser escolarizada, ser economicamente ativa, ter plano de saúde; uma vez que a questão financeira está diretamente vinculada às informações e ao auto-cuidado da mulher.
- Necessidade de estar saudável para cuidar da família; considerando que na realidade de muitos núcleos familiares a renda da mulher é a principal, a ocorrência de uma patologia pode afastar a mulher de seu trabalho influenciando negativamente em toda a renda de uma família.

Além disso, a Estratégia da Saúde da Família, representada pela equipe Inter profissional, torna-se importante aliada à adesão da paciente. Isto ocorre por meio de campanhas educativas e preventivas desenvolvidas pela equipe.

É necessário que a mulher se conscientize e ocorra a tomada de decisão para a realização desta prática promovendo saúde, aprimorando sua qualidade de vida, mesmo diante de aspectos socioeconômicos desfavoráveis. Além disto, faz-se necessário um planejamento da ESF para priorizar atendimento preventivo, de acordo a recomendação do Pacto pela Saúde, e colaborar para crescente compreensão acerca do conceito da prevenção.

REFERÊNCIAS

ALEIXO NETO, A. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. **Revista Brasileira de Saúde Pública**. São Paulo, v.25, n.4, agosto, 1991.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Relatório Saúde Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Instituto Nacional do Câncer. Ano 11, p. 3-10, set/dez, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativa 2005**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer (INCA) – Câncer do colo útero. Disponível em: www.inca.gov.br. Acesso em: 15 out. 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer (INCA) Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>>. Acesso em 19 de fevereiro de 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer (INCA) Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e Mama. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_viwe.asp?id.=140. Acesso em: 17 dez. 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria G.M Nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 14 ago. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações de Mortalidade, 2000. Disponível em: <[HTTP://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo3_sb.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo3_sb.pdf)>. Acesso em: 10 de ago. 2010.

BRITTO, CMS, NERY, IS, TORRES, LC. Sentimentos expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. **Rev Bras Enferm**. 2007 Jul/Ago; v.60, n.4, p. 360-90.

BUFFON, A.; CIVA, M.; MATOS, VF. Avaliação de lesões intra epiteliais escamosas e microbiologia em exames citológicos realizados em um laboratório de Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.38, n.2, p. 83-86, 2006.

CALEFFI, M. Carcinogênese. In: GOMES, R. (ed.) **Oncologia básica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997, p. 3-9.

CAVALCANTE, MMB. **A atuação do enfermeiro da equipe de saúde da família na prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-úterino**. Sobral 2004. 49f. Monografia (Curso de especialização em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú. Disponível em: <<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/17/17-57-1-PB>>. Acesso em: 22 set. 2010.

CHUBACI, RYS.; MERIGHI, MAB. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 4, p. 471-481, 2005.

COELHO, FRG. O controle do câncer. In: BRENTANI, MM.; COELHO, FRG, KOWALSKI, LP. (EDS.). **Bases da oncologia**. 2. ed. São Paulo: Lemar, 2003, p. 3-24.

COELHO, FRG; COSTA, RLR. **Padronização em ginecologia oncológica**. Ribeirão Preto, Tecmed, 2005.

CORRÊA, DAD. **Perfil das usuárias do sistema único de saúde que realizam o Papanicolau em Manaus, Amazonas**. Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca, Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde, 2009.

CORRÊA, DAD.; VILLELA, WV. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. Bras.Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 4, p. 491-497, 2008.

FERREIRA, MLSM. Análise da percepção de mulheres de uma unidade básica de saúde sobre o exame de Papanicolau e de mama. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v.16, n.1, p.5-13, jan./fev., 2007.

GONÇALES, MB. **Teste de Papanicolau: construção e validação de material educativo para usuárias de serviços de saúde**. 2007, 88f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.

GRAY, GE. **Psiquiatria baseada em evidências**. Porto Alegre: ARTMED; 2004.

HACKENHAAR, AA.; CESAR, JA.; DOMINGUES, MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 1, p. 103-111, 2006.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER - IARC –**Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: human papillomaviruses**. Lyon: IARC; v.90, 2005.

ITO, MM. *et al.* Dimensão da participação do HPV na evolução do câncer cérvico-vaginal. **RBAC**, v. 42, n.2, p. 127-129, 2009.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

KLIGERMAN, J. Estimativas, incidência e mortalidade sobre a por câncer no Brasil – 2001. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2001, v.47, n.2, p. 111-14. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbcn_47/v02/pdf/editorial.pdf> Acesso: 25 ago. 2010.

KOSS, LG. **Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas**. São Paulo: Roca Ltda, 2006.

KOWALSKI, ISG; KOWALSKI, KLP. Prevenção do câncer. In: BRENTANI, MM; COELHO, FRG; KOWALSKI, LP (eds.). **Bases da oncologia**. 2. ed. São Paulo, Lemar, 2003. p. 55-70.

LACZANO-PONCE, E.C.; CASTRO, R.; ALLEN, B.; NÁJERA, P.; ALONSO-DE-RUIZ, P.; HÉRNANDEZ-AVILA, M. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. **J. Womens Health**, v. 8, n.3, p. 399-408, 1999.

LIMA, CA.; PALMEIRA, JAV.; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo do útero em Própria, Sergipe, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, outubro de 2006.

LIMA, GR. **Ginecologia oncológica**. São Paulo: Atheneu, 1999.

MALUF, FC.; MARQUES, R.; ABDO, E. Câncer ginecológico – endométrio, cérvix. In: BUZAID, AC. **Manual de oncologia clínica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004, p. 141-60.

MEDEIROS, VCRD. *et al.* Câncer de colo do útero: análise epidemiológica e citopatológica no estado do Rio Grande do Norte. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.37, n.4, p.219-221, 2005.

MOHALLEM, AGC; RODRIGUES, AB. **Enfermagem oncológica**. 2.ed. Revista e atualizada. São Paulo: Manole, 2007 [Série enfermagem].

MONTE, TCC.; PEIXOTO, GL. A incidência de papilomavírus humano em mulheres no hospital universitário Sul Fluminense. **RBAC**, v.42, n.2, p.131-139, 2010.

MORAES, MW. Câncer ginecológico. In: MOHALLEM, AGC; RODRIGUES, AB. (orgs). **Enfermagem oncológica**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.

MOREL, CM. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Cienc. Saúde coletiva** 2004; v.9, n. 2, p. 261-70.

MOTTA, EV. *et al.* Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 47, n.4, out./dez., 2001.

MURTA, EFC. *et al.* Frequência da infecção pelo papilomavírus humano em mulheres com ectopia cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia Brasileira**. São Paulo, v.21, n.8, 1999.

NORONHA, V. *et al.* Papilomavírus humano associado a lesões de cérvix uterina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.32, n.3, 1999.

NOVAES, H.; DUTILH, M. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cad. Saúde Pública** 1996; n.12 (supl. 2),p. 7-12.

OLIVEIRA, MM; PINTO, IC; COIMBRA, VCC. **Prática e significado da prevenção do câncer de colo uterino e a saúde da família**. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 out/dez; v.15, n.4, p. 580-3. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a17.pdf>>. Acesso: 14 set. 2010.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Guías para la evaluación de los programas de detección precoz del cáncer de cuello uterino. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.107, n. 5, p. 454-457, 1989.

OTTO, SE. **Oncologia**. Tradução de Ivan Lourenço Gomes e Maria Angélica Borges. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002, p. 105-21.

PARISI, O. Agressividade da fumaça do cigarro. [on line]. São Paulo; 2010. Disponível em: URL:<<http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/cigarroeaboca1.asp>>. Acesso em: 10 de maio de 2010.

PAUL, C. *et al.* Importance of the male factor in cancer of the cervix. **Lancet**, n.1, p. 581-3, 1982.

PINHO, AA. **Fatores Associados à Realização do Teste Papanicolau entre Mulheres em Idade Reprodutiva no Município de São Paulo**. 2002, 225f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

PINTO, AP.; TÚLIO, S.; CRUZ, OR. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.48, n.1, jan/mar. 2002.

RAMOS, AS. *et al.* Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolau. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 março-abril; v.14, n.2, p. 170-4.

RANCHO, D.; VARGAS, V.R.A. Análise da prática e atitude sobre o exame preventivo de câncer de colo de útero em uma comunidade universitária. **Rev. Bras. Análises Clínicas**, v.39, n.4, p. 259-263, 2007.

RAWLS, WE. *et al.* Comparison of risk factors for cervical cancer in different populations. **Int. J. Cancer**, 37: 537-46, 1986.

SASLOW, D. *et al.* American cancer society guideline for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors. American Cancer Society, **Câncer K. Clin.**, v. 57, p. 7-28, 2007.

SEBASTIÃO, APM. *et al.* Estudo das atipias indeterminadas em relação à prevalência e ao percentual de discordância nos casos do Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero do Paraná. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, dezembro de 2004.

SHEETS, EE. **The cervix**. 7th ed., 1999, p. 93-103.

SILVA, TT. Identificação de tipos freqüentes e de outros fatores de risco para neoplasia intra epitelial cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.28, n.5, maio, 2006.

SILVEIRA, LMS. Critérios citomorfológicos para o diagnóstico de HPV e sua relação com a gravidade da neoplasia intra-epitelial cervical. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 37, n. 2, p. 129-133, 2005.

SOUZA, AB; BORBA, PC. Exame citológico e os fatores determinantes na adesão de mulheres na estratégia saúde da família do município de Assaré. **Cad. Cult. Ciênc.** v.2, n.1, p. 36-45, 2008.

SOUZA, LM; FIORAVENTE, E. **Fatores associados à realização do exame preventivo Papanicolau pelas mulheres do estado de Minas Gerais em 2003.** Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A028.pdf>. Acesso em: 12 maio 2010.

SPENCE, AP. **Anatomia humana básica.** 2. ed. São Paulo: Manole, 1991. p. 610-27.

STIVAL, CO; LAZZAROTTO, YBR; VARGAS, VRA. Avaliação comparativa da citopatologia positiva, colposcopia e histologia: destacando a citopatologia como método de rastreamento do câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.37, n.4, p. 215-218, 2005.

TEIXEIRA, J. C.; SANTOS, C. C.; DERCHAIN, S. F. M.; ZEFERINO, L. C. Lesões induzidas por papilomavírus humano em parceiros de mulheres com neoplasia do trato genital inferior. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, 1999.

TELLES, M. A. F.; ALENCAR, L. C. E.; PRAZERES, M. L. D.; ARAÚJO, E. C. Conhecimento de mulheres em idade fértil sobre a importância do Papanicolau. **Rev. Enferm UFPE**, v.2, n.1, p. 103-111, 2008.

WILLCOX, LCB. Avaliação do desenvolvimento tecnológico e transferência de tecnologia: o caso Instituto Oswaldo Cruz. – Fundação Oswaldo Cruz. **Cienc. Saúde Coletiva**. 2004; v.9, n.2, p.389-398.

ZIMMERMANN, JB.; MELO, VH.; CASTRO, LPF. Associação entre a contagem de linfócitos T CD4+ e a gravidade da neoplasia intra epitelial cervical diagnosticada pela histopatologia em mulheres infectadas pelo HIV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28, n.6, p.345-351, 2006.