

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

**FERNANDA NAIARA DOS SANTOS**

**FATORES PARA A NÃO ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME DE  
PAPANICOLAOU: em busca de evidências para a prática na Atenção  
Básica em Saúde da Família**

**FORMIGA - MG**  
**2014**

**FERNANDA NAIARA DOS SANTOS**

**FATORES PARA A NÃO ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME DE  
PAPANICOLAOU: em busca de evidências para a prática na Atenção  
Básica em Saúde da Família**

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.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin

**FORMIGA - MG  
2014**

**FERNANDA NAIARA DOS SANTOS**

**FATORES PARA A NÃO ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME DE  
PAPANICOLAOU: em busca de evidências para a prática na Atenção  
Básica em Saúde da Família**

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.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin

Banca Examinadora

Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin- Orientador

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte, 22 de março de 2014

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me permitiu gozar de saúde física e psicológica para enfrentar as longas e cansativas viagens. A meus pais e irmãos pela compreensão, pela força e incentivo perante as mudanças a qual me submeti. A meu namorado Lázaro, pela paciência... E à minha sobrinha Geovanna e meu afilhado Túlio pelo sincero carinho. A meus amigos e parceiros de trabalho de Candeias e Guapé, que me ajudaram a aprimorar meus conhecimentos técnicos na área da saúde da família.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais pela ajuda durante esse um ano de lutas, e paciência. E principalmente pelo grande apoio. Pela alegria usada para me tranquilizar onde às vezes queriam chorar.

Agradeço a meus irmãos que me ajudaram nas viagens, em minhas mudanças e nas minhas loucuras...

Ao meu namorado Lázaro, que teve a paciência de esperar por mim, de me seguir aonde eu ia, por percorrer longas distâncias para estar comigo.

À minha amiga Roberta que sempre me ouve, me aconselha e me incentiva, sem você este trabalho não teria se concretizado.

Agradeço também ao meu orientador, Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin, que me ajudou com indicações de artigos e direcionou com sabedoria e discernimento para a conclusão deste trabalho.

O meu eterno obrigado a todos que estiveram comigo, seja me apoiando ou simplesmente se fazendo presente.

## RESUMO

O câncer de colo do útero é um preocupante problema de saúde pública em diversos países em desenvolvimento. Os elevados índices de incidência e mortalidade por esse tipo de câncer no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças. O objetivo principal deste estudo de revisão da literatura científica foi elaborar um plano de intervenção com vistas à adesão das mulheres ao exame papanicolaou conhecido como preventivo e tido como um importante instrumento no diagnóstico precoce da doença. O objetivo específico foi identificar, através de evidências científicas, fatores que influenciam a não adesão de mulheres ao exame Papanicolaou. Foram realizadas buscas nas bases de dados LILACS e SciELO, no Programa NESCON, DATASUS, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Cadernos de Atenção Básica à Saúde do Ministério da Saúde. Foram selecionados artigos diretamente envolvidos com a temática. O preventivo é simples de ser feito e é oferecido gratuitamente em Unidades Básicas de Saúde há cerca de 25 anos, mas apesar disso, pesquisas mostram que é grande o número de mulheres que não realizam o preventivo, e quando o fazem não vão buscar os resultados. A falta de conhecimento da mulher em relação a seu próprio corpo, medo de detectar um possível câncer, vergonha de expor o corpo são algumas das justificativas alegadas por mulheres para a não realização do preventivo, através de pesquisas feitas por diversos autores. Nesse contexto, mostra-se importante a busca da integração entre o profissional de saúde e os Postos de Saúde da Família por meio de ações educativas de conscientização e visitas aos lares de mulheres dentro da idade para realização do exame de forma a promover um cuidado mais efetivo no combate a essas neoplasias.

**Palavras chave:** Papanicolaou. Prevenção do câncer de colo uterino. Saúde da mulher.

## ABSTRACT

Cancer of the cervix of the uterus is a worrying problem of public health in several developing countries. The high rates of incidence and mortality for this type of cancer in Brazil justify the deployment of effective strategies to control these diseases. The main objective of this study scientific literature review was to develop an action plan with a view to compliance among women known as Papanicolaou and preventive seen as an important tool in the early diagnosis of the disease. Its specific objective was to identify, through scientific evidence, factors influencing non-adherence to pap smear for women. Searches were conducted in the databases LILACS, SciELO, Program NESCON, DATASUS, Ministry of Health (Brazil), National Cancer Institute (INCA, Brazil) and Books of Primary Health of Ministry of Health. Were selected articles directly involved with the issue. The prevention is simple to make and is offered free of Basic Health Units for nearly 25 years, but despite this, research shows there is huge number of women who do not receive preventive, and when they do they will not get the results. The lack of knowledge of women in relation to their own body, afraid to detect a possible cancer ashamed to expose the body are some of the reasons alleged by women for not performing the preventive effect through surveys made by several authors . In this context, it is important to show the quest for integration between the health professional and the Family Health Centers through educational awareness and visits to the homes of women within the age for the exam in order to promote a more careful effective in combating these neoplasms.

**Keywords:** Papanicolaou. Cervix Neoplasm's Prevention. Women's health.

## **LISTA DE SIGLAS**

CCU – Câncer do colo do útero

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

HPV – Papiloma Vírus Humano

INCA – Instituto Nacional do Câncer

JEC – Junção Escamo Colunar

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

NIC – Neoplasia Intra-epitelial Cervical

PSF – Programa de Saúde da Família

SISCAN – Sistema de Informação do Câncer

SCIELO – Scientific Electronic Library On line

SISCOLO – Sistema de Informação Câncer de Colo do Útero

SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama

UBS – Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>12</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>5 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O controle do câncer no Brasil é considerado um desafio a ser enfrentado com urgência, primeiramente por ser a segunda causa de morte por doença no país e também pela atenção e auxílio que a doença requer ao paciente por parte dos órgãos governamentais (como recursos humanos vindos de diversas áreas do conhecimento) (KLIGERMAN, 2001). Dessa forma, prevenir qualquer tipo de câncer logo no início é extremamente importante, exigindo dos profissionais envolvidos nessa área a responsabilidade de prestar assistência em todos os níveis da doença (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O câncer do colo do útero (CCU), tema principal deste estudo, também é conhecido como câncer cervical ou carcinoma de cérvix. É considerado o mais comum em mulheres entre 35 e 50 anos (OTTO, 2002) e um dos mais preocupantes e graves problemas de saúde pública no Brasil. Por ter uma evolução lenta, a doença passa por fases pré-clínicas (benignas) tendo como características lesões pré-malignas ou pré-cancerosas, quando pode ser detectado e curado – o período de evolução de uma lesão cervical para uma forma invasiva pode durar até 20 anos (SILVEIRA, 2005). Assim sendo, tem um alto grau de prevenção e cura se for diagnosticado previamente.

Em contrapartida, o número de mulheres que morrem em função da doença ainda é preocupante. O exame de papanicolaou é a principal forma de detectar o câncer do colo do útero, considerada assim a estratégia crucial oferecida no país para diminuir os números da doença. Segundo Feitosa e Almeida (2007), a implantação do exame preventivo na rede pública de serviços aconteceu há aproximadamente 25 anos. O preventivo deve ser realizado em mulheres entre 25 e 49 anos de idade, ou a partir de quando a mesma inicia a vida sexual. Deve ser realizado anualmente, mas também poderá ser a cada três anos, após duas coletas anuais negativas para displasia ou neoplasia, onde poderão ser identificados os motivos para ter ocorrido um resultado falso-negativo (BRASIL, 2009).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o Brasil foi um dos primeiros países a oferecer o papanicolaou em sistemas básicos de saúde. Ainda assim, no Brasil existem cerca de seis milhões de mulheres em idade entre 35 e 49 anos que nunca realizaram um exame citopatológico. É interessante ressaltar que é nessa idade que ocorre maior procedência de casos positivos do câncer do colo do útero.

A partir desse panorama, uma questão pode ser levantada: se as mulheres têm o acesso ao exame de forma fácil e gratuita, o que as impede de realizar o procedimento de papanicolaou? Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica destacam-se

diversas ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2008 foram registrados no Brasil cerca de 530 mil casos novos de câncer do colo do útero (WHO, 2008), e em 2012 foram estimados 17.540 casos novos da doença (INCA, 2012). Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionada a esse tipo de câncer, o controle dos cânceres do colo de útero depende de uma atenção básica qualificada, organizada e em harmonia e integração com os demais níveis de atenção. Também é importante um processo de educação e conscientização permanente, visando ampliar sua capacidade extensiva, atuando e atraindo a atenção e conscientização da mulher para a busca do exame e consequentemente a cura de uma possível doença (NERI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2006).

## **2 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção com vistas à adesão das mulheres ao exame papanicolaou.

### **2.1 Objetivo específico**

Identificar, através de evidências científicas, fatores que influenciam a não adesão de mulheres ao exame Papanicolaou.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, exploratória, que visa levantar e discutir fatores que influenciam na não adesão de mulheres à realização do papanicolaou.

Segundo Gil (2002), as pesquisas exploratórias apresentam como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou descoberta de visões, além de proporcionar maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais compreensível.

Desta forma, a presente pesquisa se embasou nos conceitos de Gil (2002), que descreve a pesquisa bibliográfica como sendo desenvolvida por meio de materiais já elaborados, como livros e artigos científicos. A pesquisa bibliográfica foi organizada no formato de uma revisão integrativa da literatura científica, realizada a partir de passos específicos: (a) redação da questão norteadora; (b) seleção dos descritores; (c) seleção das bases de dados; (d) buscas nas bases de dados; (e) estabelecimento dos critérios de inclusão e de exclusão; (f) aplicação dos critérios; (g) seleção e recuperação dos materiais; (h) organização do banco de dados; (i) análise dos materiais recuperados; (j) síntese integradora.

#### 3.2 Bases indexadoras e descritores

As buscas foram realizadas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, e do *Scientific Electronic Library Online* - SciELO, bem como nos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Foram, também, realizadas buscas nos seguintes bancos de informações: DATASUS, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer - INCA e Cadernos de Atenção Básica a Saúde do Ministério da Saúde. Os descritores utilizados de modo isolado e combinados por meio do operador booleano “and” foram: “adesão da mulher ao papanicolaou”, “câncer do colo do útero”, “saúde da mulher” e “exame papanicolaou”.

### **3.3 Critérios de inclusão e de exclusão**

Foram recuperados artigos indexados e informações de bancos de dados publicados entre 2000 e 2012, em português e inglês, e descartados estudos publicados em data anterior a 1999 e que fugissem da temática saúde da mulher, câncer do colo de útero, sistema de atenção básica e adesão da mulher ao papanicolaou. Foram excluídos materiais como livros, capítulos de livros, teses de doutorado, dissertações de mestrado, editoriais, resenhas e obituários.

### **3.4 Procedimentos de coleta e análise de dados**

A coleta foi realizada em um único dia a partir do emprego dos unitermos e suas combinações nas bases de dados descritas. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, os materiais recuperados foram categorizados em uma planilha de Excel e organizados segundo as informações básicas de cada artigo, como: título, autores, instituição de origem dos autores, tipo de estudo, objetivo, método empregado, principais resultados e principais conclusões. Todos os materiais recuperados foram lidos na íntegra e em profundidade para posterior análise. A discussão dos resultados da revisão ocorreu de modo integrativo, ou seja, a partir dos registros recuperados, buscando-se traçar um perfil das evidências disponíveis nesses estudos e que pudessem subsidiar a prática na área a partir de categorias temáticas.

Posteriormente, foi elaborado o plano de intervenção.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o descritor “adesão da mulher ao papanicolaou”, não foi encontrada qualquer publicação nas bases de dados LILACS, SciELO e no portal do Programa NESCON. Porém, quando empregados os descritores: câncer do colo do útero, saúde da mulher e exame papanicolaou, foram encontrados e recuperados 10 artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão delimitados no Método. Em termos dos fatores relacionados à adesão das mulheres ao papanicolaou foram apresentadas as seguintes categorias ao longo do presente estudo: (a) o câncer do colo do útero no Brasil e no mundo; (b) magnitude do câncer do colo do útero; (c) a história do câncer do colo do útero; (d) fatores de risco para desenvolvimento do CCU e formas de prevenção; (e) Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal: papanicolaou e fatores que impedem as mulheres de realizarem o preventivo. Essas categorias serão apresentadas e discutidas a seguir.

### 4.1 O câncer do colo do útero no Brasil e no mundo

A genitália externa feminina é composta pela vulva (também conhecida como pudendo), monte pubiano, grandes e pequenos lábios, frênulo (fúrcula) e vestíbulo e a interna, vagina, útero, tubas uterinas e ovário (JARVIS, 2002).

Para Coelho e Costa (2005, p. 186), “o sistema reprodutor feminino pode ser acometido por tumores, que consistem um grupo heterogêneo de neoplasias, com origem nos diversos órgãos do aparelho genital, cada qual com padrão histológico e comportamento biológico distintos”.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o útero é um órgão do aparelho reprodutor que se situa no abdome inferior, atrás da bexiga e na frente do reto, sendo dividido em corpo e colo. A porção inferior do útero se localiza dentro do canal vaginal. O colo do útero apresenta uma parte interna onde é constituído o canal cervical, também conhecido como endocérvice, que, por sua vez, é revestido por uma única camada de células cilíndricas responsáveis pela produção do muco epitélio colunar simples. A parte externa é chamada de ectocérvice, é revestida por um tecido com várias camadas de células planas, chamada epitélio escamoso e estratificado, que por sua vez mantém contato com a vagina. Entre os dois epitélios encontra-se a junção escamo colunar - JEC, que consiste em uma linha que pode estar na ecto ou na edocérvice – vai depender da condição hormonal da mulher. No período da infância, a JEC está situada dentro do canal cervical, e

no período reprodutivo (chamado de período da menacme) a JEC situação no nível ou fora do orifício externo (chamado de ectopia ou eversão).

Assim, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil a essas células, de forma que células subcilíndricas, de reserva, bipotenciais através da metaplasia, tornam-se escamosas – mais adaptadas, formando assim, um novo epitélio que ficando entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona transformação. É nessa região que pode acontecer a obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes, formando assim as estruturas císticas sem um significado patológico, os Cistos de Naboth. Na zona de transformação estão localizadas mais de 90% das lesões precursoras ou malignas do colo do útero (BRASIL, 2013).

O câncer do colo do útero – CCU, define-se pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o estroma (tecido subjacente) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância. Os carcinomas invasores são divididos por duas categorias invasoras do colo do útero, podendo depender da origem do epitélio comprometido. O carcinoma epidermoide é considerado o mais incidente, representando 80% dos casos registrados e acomete o epitélio escamoso. O adenocarcinoma acomete o epitélio glandular e é o tipo mais raro (BRASIL, 2013).

Segundo Coelho e Costa (2005), a maioria das mulheres diagnosticadas com câncer cervical são descobertas por meio do exame papanicolaou. Para Lima (1999), alguns fatores colaboram para a prevenção da neoplasia de colo de útero, sendo elas a atenção em relação à higiene perinatal, limitação de número de parceiros sexuais, o uso de contraceptivos de barreira com geleias, evitar tabagismo e consumo de alimentos ricos em vitamina C e betacaroteno.

De acordo com Maluf, Marques e Abdo (2004), conforme o estadiamento da doença é que serão determinados os tipos de tratamento adequados. Para isso é necessário um exame clínico, exame de papanicolaou, histórico clínico e sexual minucioso e exame pélvico (ginecológico e retal) que pode ser realizado por um ginecologista especializado em oncologia, sob anestesia. Também são realizados alguns exames laboratoriais (hemograma, fofotase alcalina, desidrogenasse láctica – DHL, uréia e creatinina) além de raio X de tórax. A ressonância magnética, tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste. A cistoscopia e a retossigmoidoscopia são recomendadas a partir de outros estágios da doença.

De acordo com Maluf, Marques e Abdo (2004), a tomografia por emissão de pósitrons (PET scan) aumenta a sensibilidade e é tida como um método de diagnóstico em



pacientes com câncer de cérvix uterino seu tratamento abrange cauterização química, crioterapia, diatermocoagulação ou laser terapia e em casos de doença invasiva, é indicado histerectomia total ou radical seguido de linfadenectomia pélvica bilateral.

De acordo com Mohallem e Rodrigues (2007), algumas modalidades terapêuticas utilizadas são a radioterapia externa, braquiterapia e radioquimioterapia. Complementando a informação, Maluf e Marques e Abdo (2004) ressaltam que durante os protocolos de quimioterapia, têm-se como drogas mais utilizadas a cisplatina e o 5-fluorouracil (5-FU), mas de acordo com o estágio da doença também utiliza-se ciclofosfamida, ifosfamida, paclitaxel, vinorelbina, mitolactol, além da combinação de eritropoietina com sulfato ferroso, de forma a amenizar a anemia e a necessidade de transfusões sanguíneas durante a quimioterapia.

## **4.2 Magnitude do câncer do colo do útero**

São contabilizados anualmente aproximadamente 530 mil casos novos de CCU, o que o torna o terceiro câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil delas por ano (WHO, 2008). Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) estimavam para ano de 2012 17.540 novos casos, com 17 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2009, esta neoplasia se tornou a terceira causa de morte por câncer em mulheres (5.063 óbitos), com taxa de mortalidade ajustada por idade, pela população mundial, de 4,8/100 mil mulheres (BRASIL, 2012). Nos últimos 30 anos, uma das descobertas mais importantes na investigação etiológica de câncer foi a relação entre o Papiloma Vírus Humano - HPV e o câncer do colo do útero, mortalidade por idade, pela produção mundial, de 4,8/100 mil mulheres (BRASIL, 2012).

No âmbito brasileiro, as taxas de incidência estimada e de mortalidade mostraram valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, mas são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoces bem estruturados. Os países que apresentam as menores taxas são Estados Unidos, Canadá e Japão, enquanto países de regiões mais pobres da África apresentam valores preocupantes. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que mais de 80% dos casos de CCU ocorrem em países em desenvolvimento onde se concentram 82% da população mundial (WHO, 2008).

No Brasil, é possível visualizar as estatísticas sobre os números de casos para cada 100 mil mulheres, nas regiões brasileiras. Quanto à mortalidade, a região Norte apresenta

os maiores valores do país, com taxa padronizada de idade pela população mundial, de 10,1 mortes por 100 mil mulheres, em 2009, seguido das regiões Nordeste e Centro-Oeste (5,9/100 mil mulheres), Sul (4,2/100 mil mulheres) e Sudeste (3,6/100 mil mulheres) (BRASIL, 2012).

### **4.3 A história do câncer do colo do útero**

A relação entre o HPV e o câncer de colo de útero foi sugerida por Zur Hausen em 1977 e comprovada no decorrer da década de 1980 com o isolamento do vírus em células de tumores cervicais (HAUSEN, 2002). Através do estudo realizado nos cinco continentes em 1999 por Wallboomers e colaboradores, notou-se a prevalência de HPV nos carcinomas cervicais uterinos de 99,7%, de forma que a forte presença do HPV na quase totalidade dos casos de câncer e as medidas de associação demonstradas implicaram na maior atribuição de causa específica já relatada para um câncer em seres humanos. Foi assim que a infecção pelo HPV foi determinada como causa necessária para o desenvolvimento do CCU (IARC, 2007).

Cerca de 100 tipos de HPV foram identificados e tiveram seu genoma mapeado, 40 tipos podem infectar o trato genital inferior e 12 a 18 são considerados oncogênicos para o colo uterino (IARC, 2007). Entre os HPV de alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de CCU (SMITH et al., 2007). Em até 80% das mulheres sexualmente ativas, a infecção por HPV é comum. Quase 291 milhões de mulheres são portadoras do HPV, onde 32% estão contaminadas pelos tipos 16,18 ou ambos (SANJOSÉ et al., 2007). Comparando tal dado com a incidência anual mundial de cerca de 530 mil casos de CCU nota-se que o câncer é um desfecho raro, mesmo na presença da infecção por HPV (FERLAY et al., 2010)

Segundo Iarc (2007), vários estudos foram feitos com o intuito de analisar a história do CCU e suas lesões precursoras. Para este autor, os estudos foram limitados, porém os mesmos indicaram que as lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau refletem a manifestação citológica da infecção pelo HPV e não apresentam lesões precursoras do CCU. Notou-se, ainda, sua regressão em significativa parte dos casos. Porém, as lesões intraepiteliais escamosas de alto grau apresentam potencial alarmante para progressão, o que torna sua detecção importante para a prevenção secundária do CCU.

Em 2007, um estudo realizado por McCredie e colaboradores divulgou estimativas diretas relacionadas às taxas de progressão de lesões precursoras (neoplasia intraepitelial

cervical grau 3- NIC3) para o CCU. Um processo judicial fez com que os autores revessem os registros médicos, histologias e citologias das mulheres diagnosticadas com NIC3 que foram participantes da pesquisa na Nova Zelândia entre 1965 e 1974, considerada antiética, pois as pacientes não foram tratadas. A incidência de CCU em 30 anos nessas pacientes foi de 31,3%. As mulheres rastreadas e identificadas com câncer tinham em média 10 anos de idade a mais que as mulheres com lesões precursoras, o que mostrou que a progressão das lesões para câncer ocorreram lentamente (IARC, 2007).

#### **4.4 Fatores de risco para desenvolvimento do CCU e formas de prevenção**

A incidência do CCU é evidente na faixa etária de 20 a 29 anos. Porém, o risco aumenta de fato na faixa etária de 45 a 49 anos (SASLOW, 2007 *apud* BRASIL, 2012, p.24). Complementando essa informação, dados do Ministério da Saúde ressaltam que há vários fatos que indicam que, direta ou indiretamente, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência e/ou mortalidade por CCU. Um estudo da IARC (2007) estimou que, ao iniciar o rastreamento aos 25 anos de idade e não aos 20, perde-se apenas 1% da redução da incidência cumulativa do câncer do colo do útero.

Além da baixa incidência de câncer em mulheres jovens, também existem evidências que mostram que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras. Um estudo realizado no Reino Unido com 4.012 mulheres com CCU mostrou que 75% das mulheres de 20 a 24 anos que tiveram uma lesão invasora já tinham feito pelo menos um exame citopatológico previamente, enquanto mulheres entre 50 e 69 anos a proporção foi de 47% (SASIENI; CASTANON e CUZICK, 2009).

O tratamento de lesões precursoras do CCU em adolescentes e mulheres jovens está relacionado também ao aumento da morbidade obstétrica como o parto prematuro, o que justifica que reduzir as intervenções no colo do útero em mulheres jovens é essencial, já que a maioria delas não tem prole definida. O impacto psíquico provocado pelo diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível precursora do câncer em mulheres adolescentes e adultas é algo importante. Essas jovens com vida sexual ativa devem ser orientadas sobre métodos de anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e práticas de sexo seguro (NERI et al., 2013). Tais medidas podem ser implementadas sem a necessidade da inclusão no programa de rastreamento.

Há evidências com menor teor de objetivação sobre o momento em que a mulher deve encerrar a coleta para exame citopatológico no rastreamento do CCU. A tendência é que o intervalo seja ampliado entre as coletas entre mulheres com idade avançada, como é descrito pela OMS. Mesmo em países desenvolvidos, não há dados objetivos ressaltando a utilidade do rastreamento após os 65 anos (SASIENI; CASTANON; CUZICK, 2010).

A incidência de carcinoma cervical é elevada de forma preocupante em mulheres casadas e menos elevada em mulheres inativas sexualmente (SMITH et al., 2007). Um dos fatores de risco volta a ser reforçado, desta vez por Medeiros (2005), a infecção por tipos específicos de HPV, que é o principal. O início precoce da vida sexual, grande número de parceiros sexuais (agravando a situação quando a promiscuidade deles é grande), nutrição, paridade ou multiparidade, fumo, uso de contraceptivos orais e baixa condição socioeconômica são destacados pelo autor como consideráveis fatores de risco.

O estado imunológico também é considerado um importante fator de risco. Afinal, o estado de imunocompetência do hospedeiro pode influenciar na evolução das lesões cervicais (ZIMMERMANN; MELO; CASTRO, 2006). Os autores ressaltam que mulheres com seu sistema em déficit, a exemplo das soropositivas para HIV, possuem maior probabilidade de desenvolver Neoplasia Intra-epitelial Cervical – NIC, quando comparadas com a população em geral. Além do mais, essas pacientes têm até dez vezes mais chances de desenvolver NIC do que as que não são portadoras do vírus.

Os avanços provenientes da descoberta de infecções virais como agentes causadores de diferentes tipos de câncer colaboraram significativamente para o desenvolvimento de vacinas contra tais vírus, a exemplo do HPV, que gera uma resposta imunológica no organismo. Dessa forma, é facilitado o desenvolvimento de medidas preventivas de rastreamento e detecção precoce (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Dados do Ministério da Saúde reforçam que, dentre as viroses que acometem a região genital, a infecção por HPV é a mais frequente, chegando a ocupar posição de destaque no ranking de contaminação pelo vírus com 30 milhões de brasileiros infectados (BRASIL, 2002).

O controle do tabagismo colabora significativamente para minimizar o risco do CCU tanto que se tornou uma das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010). Complementando a informação, Pinto, Túlio e Cruz (2002) explicam que o tabaco contribui para a oncogênese cervical através do decréscimo das células de Langerhans no epitélio escamoso cervical provocando a diminuição da imunidade local e

quando o DNA das células epiteliais fica exposto à nicotina, à cotidina e outras fumaças nocivas (acontece com fumantes assíduos).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a prevenção do CCU está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV, que ocorre sexualmente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anusgenital. Dessa forma, o uso de proteção como camisinha feminina e/ou masculina durante a prática sexual protege parcialmente do contágio pelo HPV, já que o contato e conseqüentemente o contágio também pode acontecer no contato com a pele da vulva, região perineal, e bolsa escrotal.

Atualmente, há duas vacinas aprovadas e disponíveis para comércio no Brasil: são elas a bivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18; e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 e os tipos oncogênicos 16 e 18. As duas são eficazes contra as lesões precursoras do CCU, especialmente se utilizadas antes do contato com o vírus, mais necessariamente, antes do início da vida sexual. Quanto à eficácia de ambas relacionadas à prevenção de lesões intra-epiteliais cervicais, não há diferença, tendo em vista que existem mais coisas a aprender sobre a vacinação quando relacionadas à adesão ao esquema vacinal, à duração da eficácia e a necessidade de dose de reforço e proteção cruzada para outros tipos virais. O uso de vacinas anti-HPV não descarta a importância e necessidade da prevenção secundária – por meio de rastreamento, o que resulta numa proteção para 30% dos casos de câncer (BRASIL, 2013)

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007), as estratégias para detecção precoce consistem no diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais ou sintomas da doença) e rastreamento (aplicação do teste ou exame em pessoas saudáveis para buscar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento). Mohallem e Rodrigues (2007) enfatizam a importância do profissional de saúde incentivar o paciente na adoção de uma alimentação saudável, de forma que não apenas o câncer seja evitado, mas doenças cardíacas, obesidade e outras doenças crônicas como diabetes que também estão entre as principais causas de óbito no Brasil.

A realização do exame citopatológico é considerada a estratégia mais utilizada para poder rastrear o CCU (WHO, 2010). Kowaski (2003), citado por Brasil (2013) reforça ainda a importância do check-up oncológico para pacientes assintomáticos, além dos diversos programas para detecção precoce de alguns tipos de tumores (anamnese e exame físico) visando obter o diagnóstico definitivo.

A importância do rastreamento organizado do CCU também é ressaltado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Tanto que o assunto é enfatizado como um desafio a

ser vencido para que se tenha a melhor relação custo-benefício possível com abrangente cobertura populacional. Segundo Nicula (2009), citado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), esse sistema deveria conter: (1) recrutamento da população alvo por meio de um sistema de informação de base populacional; (2) adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, incluindo uma definição completa da população-alvo e do intervalo entre as coletas, e elaboração de guias clínicos para o manejo de casos suspeitos; (3) recrutamento das mulheres em falta com o rastreamento; (4) garantia da abordagem necessária para as mulheres com exames alterados; (5) educação e comunicação; (6) garantia de qualidade nos procedimentos realizados em todos os níveis de cuidado.

A inexistência de um cadastro universal da base populacional consistente no Brasil acaba por impedir o recrutamento de mulheres. Isso é feito em alguns países desenvolvidos. Em função dos exames citopatológicos falso-negativos e com baixo nível de satisfação, surgiu a necessidade de desenvolver inovações tecnológicas visando uma melhora na qualidade e na sensibilidade do teste. Um exemplo é a citologia em base líquida, uma alternativa ao teste de papanicolaou. Nesse caso, as células coletadas do colo uterino, ao invés de serem dispostas em uma lâmina de vidro, são transferidas de uma própria escova de coleta para um frasco onde contém um líquido fixador que é processado em um laboratório de citopatologia para obtenção final de um esfregaço em camada única de células, dispostas de maneira uniforme. A vantagem dessa técnica é a interpretação mais rápida e menos exames insatisfatórios, o que pode melhorar o desempenho do teste. A técnica também possibilita a testagem adicional para detecção de DNA-HPV no líquido remanescente. A metanálise conduzida por Arbyn et al.(2008) mostrou que em estudos controlados, a técnica é mais cara e não tão sensível ou mais específica que o papanicolaou, considerando a detecção de NIC II (KITCHENER et al., 2011).

Porém, é relevante citar que no Brasil existe um sistema de informação que registra dados informativos dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame preventivo do colo do útero, referentes ao programa de controle do CCU no Brasil.

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) existe desde 1999 e é composto por dois módulos operacionais: o módulo laboratório – que tem como objetivo registrar os dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e monitoramento externo de qualidade – e o módulo coordenação que registra as informações de seguimento das mulheres que apresentam resultados de exames alterados.

Com os dados fornecidos pelo sistema é possível acompanhar o desenvolvimento de ações de controle do CCU; conhecer a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres rastreadas entre as mulheres rastreadas; avaliar a qualidade da coleta dos exames, conhecer o percentual de mulheres que estão sendo tratadas e acompanhadas. Também é possível fornecer dados para avaliar a captação (mulheres que realizam pela primeira vez o exame citopatológico) e cobertura (mulheres que se submeteram ao exame periodicamente) do programa de rastreamento. Está em fase de desenvolvimento um novo sistema, chamado Sistema de Informação do Câncer – SISCAN que deverá substituir o SISCOLO e o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama – SISMAMA. O sistema permitirá ações de rastreamento de ambos os cânceres e a partir da identificação da usuária, a interoperabilidade com outros sistemas de informação do Sistema de Saúde (BRASIL, 2013).

De acordo com Leinonem (2009) citado pelo Instituto Nacional de Câncer (2011), outra opção para evitar que mulheres saudáveis sejam encaminhadas desnecessariamente para colposcopia é a utilização da triagem citológica em casos positivos para DNA-HPV oncogênico, encaminhando para a colposcopia apenas aquelas na qual o teste foi positivo, e que tenham sido registradas alterações no exame citopatológico – mais sensível do que a citologia convencional, porém com a mesma especificidade. Porém, como ainda não existem programas organizados para rastrear o câncer do colo do útero no Brasil, não existe um controle eficaz e rigoroso das mulheres que realizam os exames nem a periodicidade com qual é feito. Essa deficiência é um obstáculo crucial para o uso de testes de HPV. Dessa forma, mesmo que os testes moleculares em idades específicas juntamente ao exame citopatológico em casos positivos mostrem resultados melhores no quesito de desempenho diagnóstico, a implantação dos mesmos no Brasil, tendo em vista a organização do rastreamento do CCU, não permitiria que as vantagens se convertessem em benefícios palpáveis.

Já foram mencionados os altos custos da implementação no país. Mas deve ser levado em conta o fato de que apesar dos testes moleculares terem um custo maior que o procedimento do papanicolaou, os mesmos poderiam baratear se implantados em grande escala – no caso em todo o país. Em contrapartida, o Brasil seria dependente de tecnologia vinda do exterior, seria necessária uma grande modificação das rotinas já estabelecidas, para dar espaço às novas, o que ocasionaria um déficit na produtividade (mesmo que temporária, devido à fase de adaptação), além da necessidade primordial de treinamento e capacitação dos profissionais envolvidos, além da capacitação de recursos humanos para

que seja prestada uma eficaz assistência nos níveis de rastreamento, diagnóstico, tratamento, e até mesmo estabelecimento de novas diretrizes clínicas (BRASIL, 2013).

#### **4.5 Exame citopatológico cérvico-vaginal: papanicolaou e fatores que impedem as mulheres de realizarem o preventivo**

Esta categoria temática visa a responder à principal questão norteadora deste estudo, ou seja: quais os fatores responsáveis pela não adesão das mulheres ao exame de papanicolaou? A principal estratégia utilizada para detectar precocemente e rastrear o CCU no Brasil é por meio da realização da coleta de material para exames citopatológicos cérvico-vaginal e microflora, conhecido como preventivo, exame papanicolaou, exame preventivo do colo do útero e citologia oncótica (BRASIL, 2006). Ramos et al. (2006) define o exame preventivo do CCU como um procedimento simples, indolor, eficaz, de relativo baixo custo, com validade e boa aceitação. É realizado periodicamente, podendo contribuir para a diminuição em até 70% a mortalidade da mulher em situação de risco por CCU.

Fernandes et al. (2009) fortalece a simplicidade do método, além de sua capacidade de detecção de alterações da cérvix uterina, a partir da descamação de células do epitélio, além de ser o método mais recomendado para rastrear o câncer cérvico-uterino. Sua fácil execução o torna possível de ser feito a nível ambulatorial, com resultados eficientes para aplicação coletiva. Sua eficácia também é defendida por Pinho e Mattos (2002) com detecção de lesões cervicais próximas a 99,8% na proporção de casos verdadeiros positivos detectados pelo exame.

O intervalo entre os exames deve ser de três anos. Após dois exames negativos, com intervalo anual. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para mulheres com vida sexual ativa. Os exames se estendem até os 64 anos, e pode ser interrompido se as mulheres tiverem no mínimo dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para as mulheres acima de 64 anos que nunca tenham feito o exame de papanicolaou, será requerido dois exames com intervalo de um a três anos, e se ambos forem negativos, essas mulheres poderão ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2013)

Thuler (2008) enfatiza que o Brasil foi um dos primeiros países a utilizar a citologia para diagnosticar o CCU. Ao logo dos anos o país tenta ampliar a cobertura populacional em relação ao acesso ao preventivo. Apesar dos esforços, a cobertura ainda é inferior a mínima considerada necessária para que seja causado um impacto realmente positivo



relevante nos indicadores de morbimortalidade por CCU, de acordo com o que é pedido pela Organização Mundial de Saúde. Segundo Alves, Guerra e Bastos (2009), é de grande importância a incorporação progressiva da prática do exame de papanicolaou nos serviços de saúde, pois sua disponibilidade possibilitou tanto o tratamento de maior número de lesões precursoras quanto a realização de diagnósticos precoces da patologia, possibilitando a cura da doença e conseqüentemente reduzindo seu efeito na mortalidade

Para fazer a coleta do material para o exame preventivo do colo do útero, é recolhida uma amostra da parte externa (extocérvice) e outra da parte interna (endocérvice), através da introdução de um espelho vaginal, onde é feita a escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do útero, por meio de uma espátula de madeira, conhecida como espátula de Ayre, e de uma escovinha endocervical (BRASIL, 2006).

A coleta é feita pelo profissional da saúde. A mulher deve ser colocada em posição ginecológica adequada de modo que fique o mais confortável possível. Em seguida, a mesma deve ser coberta com um lençol. Sob uma boa iluminação o profissional de saúde deverá observar atentamente os órgãos genitais externo estando atento a possíveis secreções vaginais, sinais de inflamação, veias varicosas ou lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações. Em seguida, o espelho deve ser inserido na vagina da mulher, na posição vertical e ligeiramente inclinado (BRASIL, 2013).

De acordo com Duavy et al. (2007), diversas situações acabam por influenciar negativamente a mulher, dificultando sua busca ao exame de papanicolaou. Entre as causas, os autores citam o pudor, exposição de seu corpo a um estranho, preconceito do companheiro, responsabilidade em relação a cuidados dos filhos e baixo poder aquisitivo. A informação de que o profissional que irá realizar o exame é do sexo masculino também influencia, podendo ser visto de forma assustadora. Há ainda o medo de um possível resultado positivo para CCU e a falta de informação sobre o exame são alguns dos fatores que são relacionados a relutância de muitas mulheres em procurar atendimento. Os autores ressaltam também que, quando a mulher vai em busca do exame papanocolau, só o faz quando nota sintomas, por ter vivenciado o preventivo com apreensão e medo perante a possibilidade de estar com CCU, por se sentir constrangida em expor seu corpo e tê-lo examinado. A falta de conhecimentos suficientes em relação a seu corpo e sua sexualidade também influenciam negativamente.

Oliveira, Fernandes e Galvão (2005) lembram que outras situações como sobrecarga de trabalho ao qual a mulher é submetida, falta de atenção com o seu corpo e a falta de conhecimento sobre a necessidade da prevenção em diferentes fases da vida e

dificuldade de acesso ao serviço de saúde representam algumas das causas que impedem o diagnóstico precoce do CCU.

Segundo Merigui , Hamano e Cavalcante (2002), ao se submeterem ao exame preventivo, as pacientes demonstram ansiedade, constrangimento, preocupações e medo. Este autor também ressalta que foi observado que é frequente que as mesmas demorem para ir em busca do exame ou sequer vão buscar os resultados do exame realizado. Para que a prevenção do CCU seja eficaz é de extrema importância que a mulher receba o resultado do exame papanicolaou e conclua o possível tratamento. Quando a mulher não retorna ao serviço em busca do resultado, ocorre um desperdício de tempo e recursos que poderiam ser utilizados em outra paciente. A mulher também perde. Para amenizar a situação, é importante que o profissional de saúde oriente a mulher em relação a importância da prevenção do colo do útero e do compromisso da mesma para com sua saúde (GREENWOOD, MACHADO e SAMPAIO, 2006).

Para Ferreira (2009), é importante que a mulher realize o exame periodicamente e não espere que os sintomas apareçam para buscar auxílio. Dessa forma, as chances de detecção de lesões são maiores, e a cura também. O autor também ressalta que a atitude de prevenção também pode ser determinada em influência das experiências vivenciadas pela paciente sobre prevenção, manutenção ou tratamento de sua saúde.

Segundo César (2003), a condição socioeconômica das mulheres é um dos fatores mais influenciadores em relação ao comportamento preventivo da mulher. Este estudo apontou que as mulheres que pertencem a seguimentos de maior renda e escolaridade têm maior probabilidade de realizarem exames preventivos. Outros fatores também podem contribuir como a situação conjugal, ter ou não seguro de saúde, frequência de utilização dos serviços de saúde, residir em área urbana ou rural, e outros diversos.

Estudo realizado por Brenna et al. (2001) cujo objetivo era analisar o conhecimento, a atitude e a prática do exame preventivo em mulheres com CCU e assim entender a não adesão das mesmas ao exame, foram entrevistadas 138 mulheres atendidas no serviço de oncologia ginecológica de um hospital em São Paulo. Do universo entrevistado, 63% conheciam de forma errônea o exame de papanicolaou e a 56% o fizeram de forma inadequada. A maioria das mulheres alegava procurar o serviço apenas ao se queixarem de algo ou perante iniciativa do médico a realização do preventivo. O autor ressalta que uma das principais queixas das mulheres era a vergonha e desmotivação, seguida pelo médico não as examinarem durante a consulta e a demora em relação esta.

Um estudo realizado por Silva (2006), na região sul, contou com universo de 518 mulheres, em que os principais motivos citados para a adesão ao preventivo entre as 414 mulheres que se encontravam com o exame atualizado (coletado há menos de três anos). 46% alegaram a rotina do programa oferecido pela Unidade Básica de Saúde - UBS, 25,8% por recomendação médica e 14% decorrente de queixas ginecológicas. Dentro desse grupo, 66,3% tinham se submetido ao último exame na UBS da área e as demais em áreas que prestam atendimento privado ou através de convênios médicos (com exceção de um caso onde não foi informado o local onde o exame foi feito). Notou-se associação positiva significativa entre o local de realização do exame e a classe econômica, onde foi menor a proporção de uso da UBS entre mulheres de maior poder aquisitivo: a classe A/B contava com 35,3% a classe C representava 69,5% e as classes D/E, 78,5%.

As mulheres acreditam que a realização do exame é importante perante a descoberta de uma possível doença. Tal motivo fortalece a pouca informação que as mulheres têm em relação a seu próprio corpo, pois a realização do exame é visto de forma obrigatória, não como resultado de uma preocupação com a prevenção de doenças. Tal comportamento poderia ser reforçado pela forma vaga como são difundidas as campanhas pela mídia, serviços de saúde e a forma como o tema é orientado pelos profissionais de saúde (BRITO; NERY e TORRES, 2007).

Segundo o INCA (2010), em função da maior proximidade com a coletividade, e consequentemente com a mulher, o Programa de Saúde da Família - PSF pode e tem um papel muito importante em relação à relevância da realização do exame Papanicolaou, orientando a mulher perante a realização do preventivo. Um estudo citado por Albuquerque et al. (2009) sobre a cobertura do teste de papanicolaou e fatores associados à não-realização do mesmo, feito em 2006 na cidade de Pernambuco, entrevistou 258 mulheres com idade entre 18 e 69 anos. O teste mostrou que 82% das mulheres que realizaram o exame ginecológico foi maior na idade de 25 a 59 anos. Porém, quando questionadas sobre a realização do papanicolaou, o número caiu para 65%. Os fatores associados a não realização do preventivo detectados foram a baixa escolaridade e a idade – mulheres dentro da faixa etária mais jovem e mais avançadas realizaram menos preventivos.

Um questionário aplicado em 2009 por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares na cidade de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, fruto da pesquisa de Rafael e Moura (2010), teve como objetivo analisar fatores tidos como barreiras para a realização do preventivo entrevistou 281 mulheres com idade entre 20 e 59 anos mostrou que as

principais dificuldades citadas pelas mulheres é o medo e a vergonha, influenciado também pela baixa escolaridade, barreiras de acesso e a classe econômica das mulheres.

Segundo Muller et al.(2008), em 2003 foi realizada uma pesquisa visando analisar a cobertura de realização do exame de papanicolaou e os principais motivos alegados por 867 mulheres de 20 a 60 anos da região urbana de São Leopoldo, Rio Grande do Sul. O resultado da pesquisa mostrou que dentro do universo pesquisado, 741 mulheres (85,5%) haviam feito o preventivo nos últimos três anos, 60 (6,9%) não estavam em dia com o procedimento e 66 (7,6%) nunca o haviam realizado. No quesito classe econômica, as mulheres que nunca haviam feito o preventivo eram em sua maioria de classes C, D e E, e as mulheres nas duas menores categorias de menor renda contavam com os maiores prevalências quanto a nunca realizarem o exame. Em relação à distribuição por idade as autoras viram que a partir dos 50 anos, menos mulheres nunca haviam realizado o exame quando comparada a mulheres com idade dos 20 a 29 anos.

Em pesquisa realizada em uma UBS na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, com objetivo de identificar o conhecimento de mulheres quanto à importância, frequência do exame e cuidados antes da realização, bem como as causas da não adesão das mulheres ao preventivo contou com 120 mulheres onde foi concluído que a vergonha de fazer o exame e o medo do resultado como principais motivos para não realizar o mesmo. Quando questionadas sobre a recusa na realização do papanicolaou, 42% diziam ter vergonha e medo, 33,3% alegavam encontrarem dificuldades na marcação da consulta e 29,2% não sabiam da importância da realização do preventivo (DARVIM et al., 2005).

Em um estudo realizado por Gomes, Bispo e Santos (2008), notou-se que considerável parte das mulheres desconhece o CCU e o preventivo. Depoimentos de mulheres entrevistadas revelaram que a procura pelo exame só acontecia após surgimento de sintomas e/ou sinais. Silva et al. (2009) lembram que corrimentos vaginais, pruridos e odor são as principais queixas das mulheres atendidas em unidades de saúde, onde se realiza a coleta do exame ginecológico. O autor ressalta que o preventivo reconhece lesões inflamatórias genitais da mulher, reconhecendo a intensidade da mesma e indicando até mesmo o causador. Fatores patológicos como citólise e infecção podem interferir no resultado dos exames, podendo tornar o material inadequado para análise.

Segundo Amaral et al. (2006), o material purulento é um grande problema enfrentado nos laboratórios de citopatologia, pois gera um resultado falso-negativo. A ocorrência de resultados falso-negativos oscilam entre 6,9 a 56,0%, onde os erros também podem estar ligados a forma de coleta, observação das lâminas e interpretação dos

resultados. De acordo com Maeda et al.(2004), é importante destacar a importância do controle de qualidade interno e externo dos laboratórios, bem como implantação de programas contínuos de treinamento e monitoramento de coleta, de forma a diminuir a incidência de amostras insatisfatórias.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), para o controle do CCU é importante uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente assim torna-se possível combater a doença e diminuir a mortalidade por elas. Botarri, Vasconcelos e Mendonça (2008) complementam sobre a importância do conhecimento em relação à quantidade de preventivos realizados e os respectivos resultados, inclusive os alterados, pois essas informações são de grande importância para programar ações preventivas e controlar o CCU.

Corrêa e Vilela (2008) ressaltam em entrevista realizada por eles que, 96,8% das mulheres recebem informação sobre o exame, onde 91,5% do total do universo alegavam que o exame papanicolaou tem por objetivo detectar o CCU de forma que o conhecimento e a busca do mesmo pela mulher aumenta a busca pela prevenção de doenças, de forma que a busca pela informação é extremamente importante para que a mulher tenha um maior controle sobre sua saúde.

## 5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), o plano de ação é um projeto de intervenção para um problema selecionado com base no diagnóstico situacional de uma unidade de saúde. Este trabalho foi inspirado em um problema evidenciado no ambiente de trabalho da autora. Ainda segundo os autores citados acima, o primeiro passo para a elaboração do plano de ação é a definição dos problemas levantados no diagnóstico situacional. Posteriormente, os problemas são priorizados, descritos e explicados para, em seguida, serem selecionados os nós críticos. O problema priorizado neste trabalho foi a baixa adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou. O quadro a seguir aponta os nós críticos levantados, bem como a operação/projeto, resultados e produtos esperados e os recursos necessários para solucionar o problema levantado.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p><b>Falta de conhecimento da população;</b></p> <p><b>Vergonha;</b></p> <p><b>Baixa procura pela população feminina;</b></p> <p><b>Baixa escolaridade.</b></p>	<p><b>Vivendo e aprendendo</b> – contribuir para o aumento do nível de conhecimento das mulheres sobre o exame citopatológico do colo do útero, visando reduzir assim a vergonha e preconceito que as mulheres sentem até mesmo por não conhecer corretamente o procedimento.</p>	<p>População mais informada sobre o exame citopatológico do colo do útero e maior procura da população feminina para realizar o exame.</p>	<p>Aumento no número de exames realizados;</p> <p>Campanha educativa na rádio local;</p> <p>Capacitação das ACS.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas;</p> <p><b>Organizacional:</b> organização da agenda;</p> <p><b>Político:</b> articulação intersetorial (parceria com a rádio) e mobilização social.</p> <p><b>Econômico:</b> para aquisição de recursos audiovisuais.</p>
<p><b>Deficiente busca ativa de mulheres;</b></p>	<p><b>Programa “Oh de casa”</b> - busca ativa domiciliar de mulheres que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero ou que o tenha realizado há mais de dois anos.</p>	<p>Conscientização das mulheres sobre a importância da realização do exame e consequentemente a realização dos exames destas mulheres.</p>	<p>Acompanhamento de todas as mulheres que tem ou já tiveram vida sexual, especialmente as que têm entre 25 e 59 anos.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> capacitação das ACS sobre a busca ativa, forma de abordagem e agendamento;</p> <p><b>Organizacional:</b> organização das ACS para realizar a busca ativa durante as visitas domiciliares.</p>

<p><b>Baixo nível financeiro; Sobrecarga do período ocupacional;</b></p>	<p><b>Sabadão da Saúde</b> Realização do exame citopatológico do colo do útero em mulheres que trabalham durante a semana.</p>	<p>Melhor acompanhamento das mulheres que trabalham fora do domicílio.</p>	<p>Aumento no número de exames realizados;</p>	<p><b>Econômicos:</b> maior disponibilidade de exames citopatológico do colo do útero;</p> <p><b>Organizacionais:</b> revezamento entre as ACS, sendo 1 por mês para trabalhar no dia da coleta (Banco de horas);</p> <p><b>Cognitivos:</b> conhecimento sobre coleta de exame citopatológico do colo do útero.</p>
<p><b>Falta de uso de protocolos de Assistência à saúde da mulher;</b></p>	<p><b>Linha de procedimentos-</b> implantar um protocolo de saúde da mulher juntamente com as demais unidades de saúde da cidade.</p>	<p>Padronização do atendimento às mulheres.</p>	<p>Protocolo Saúde da Mulher;</p>	<p><b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema.</p> <p><b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;</p> <p><b>Organizacional:</b> Aderir aos serviços de referência e contra referência</p>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, evidencia-se que a prevenção do câncer do colo do útero ainda não faz parte da realidade total das mulheres, o que reforça os altos índices de mortalidade por essas neoplasias no Brasil. Mesmo sendo um procedimento simples e gratuito, pesquisas mostraram que diversos fatores afastam a mulher da busca ao preventivo e, conseqüentemente, a prevenção de doenças que se diagnosticadas com antecedência evitaria diversos problemas.

A partir das pesquisas, notou-se que diversas ações vêm sendo implantadas com o objetivo de conscientizar a mulher da importância da realização do exame de papanicolaou. Por meio das pesquisas realizadas com mulheres de diversas partes do Brasil, um dos principais dificultadores na adesão delas ao exame preventivo são a vergonha e timidez em relação à exposição do órgão sexual necessário para o procedimento, bem como a falta de conhecimento sobre seu próprio corpo, o que gera insegurança à mulher. O fato de possivelmente ter que ser examinada por um profissional do sexo masculino amedronta algumas mulheres. Mas a falta de conhecimento sobre a prevenção de doenças com antecedência também influencia significativamente na adesão da mulher ao preventivo. A falta de conhecimento decorrente do grau de escolaridade e condição socioeconômica impede a busca e acesso da mulher a informações e alternativas de prevenção.

Assim, torna-se necessário um trabalho em conjunto entre profissionais de saúde e Unidades Básicas de Saúde, por estarem mais próximos das famílias e, conseqüentemente, da mulher, de forma que seja implantado um eficaz trabalho de conscientização, bem como ações de promoção à saúde, ações que trabalhem na prevenção e detecção precoce, bem como tratamentos qualificados e de cuidados paliativos, quando necessários. É importante que a mulher desenvolva em si a consciência em relação à sua saúde. Mas quando isso não acontece, é importante que o agente de saúde vá até essas mulheres, que um controle rigoroso de informações sobre as mulheres seja feito pelo Posto de Saúde da Família, desenvolvendo assim um vínculo mais próximo entre a UBS e as usuárias do serviço.

Entre as limitações deste estudo, há que se destacar que se trata de um estudo de revisão e que, portanto, não estudou diretamente as mulheres acerca dos fatores elencados por elas para a não realização do exame preventivo. Embora muitos estudos tenham sido realizados, inclusive com mulheres residentes em diferentes regiões do país e com distintas



características sociodemográficas e de acesso à informação, os estudos de revisão são importantes para a sistematização do conhecimento científico produzido, a fim de que possam subsidiar novas pesquisas e práticas mais alinhadas aos pressupostos da atenção básica.

A atenção básica, desse modo, pode ser compreendida como uma porta de entrada que pode promover saúde e o maior engajamento da comunidade em ações que visam ao bem-estar. Espera-se que os resultados aqui apresentados possam ser disparadores de novas práticas, bem como de reflexões que levem em consideração não apenas os diferentes fatores envolvidos na não realização do exame preventivo, mas do levantamento de estratégias que contribuam com ações de promoção e de prevenção, o que se alinha diretamente aos pressupostos da estratégia de saúde da família.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. M. et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do útero em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl. 2, p. 301-309, 2009.

ALVES, C. M. M.; GUERRA, M. R.; BASTOS, R. R. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980 – 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, 2009.

AMARAL, R. G. et al. Fatores que podem compreender a qualidade dos exames citopatológicos no rastreamento do câncer do colo do útero. **RBAC**, v. 38, n. 1, p. 3-6, 2006.

ARBYN, M. et al. Guia europeu para qualidade do câncer de colo do útero. **Annual Oncology**, v. 21, n. 3, p. 448-458, 2010.

BOTARRI, C. M. S.; VASCONCELLOS, M. M.; MENDONÇA, M. H. M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, 2008.

BRASIL. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2ª ed. Brasília: Autor, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 13)

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer 2010. **Câncer de colo do útero**. Disponível em: <[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)>. Acesso em 24 jun 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção de câncer de colo do útero. **Manual técnico dos profissionais de saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Autor, 2012. (Volume 2)

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2ª ed. Brasília: Autor, 2013. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRENNNA, S. M. F. et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2001.

BRITTO, C.M.S.; NERY, I.S.; TORRES, L.C. Sentimentos expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 360-390, 2007.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114 p.

CESAR, J. Fatores associados à não realização de exames citopatológicos de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1365-1372, 2003.

COELHO, F. R. G.; COSTA, R. L. R. **Padronização em ginecologia oncológica**. Ribeirao Preto, Tecmed, 2005.

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

DARVIM, R. M. B. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 296-302, 2005.

DUAVY, L. M et al.. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 733-742, 2007.

FEITOSA, T. M. P.; ALMEIDA, R. T.. **Perfil de produção do exame citopatológico para controle do câncer do colo do útero em Minas Gerais**. Brasil, em 2002. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.4, abr. 2007.

FERLAY, J. et al. Estimativas mundiais do câncer em 2008: GLOBOCAN 2008. **International Journal of Cancer**, v. 127, n. 12, p. 2893-2917, 2010.

FERNANDES, J. V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

FERREIRA, M. L. S. M. Análise da percepção de mulheres de uma unidade básica de saúde sobre o exame de Papanicolaou e de mama. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 5-13, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GOMES, J. C.; BISPO, G. M. B.; SANTOS, P. C. J. V. **Fatores impeditivos para a realização da citologia**. I Semana de Ciências da URCA, XI Semana de Iniciação Científica. 01 a 05 de dezembro de 2008. Crato, Ceará.

GREENWOOD, S. A.; MACHADO, M. F. A. S.; SAMPAIO, N. M. V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 503-509, 2006.

HACKENHAAR, A. A.; CÉSAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RSS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 1, p. 103-111, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011, 31 p.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Livros de prevenção de câncer**. Lyon: IARC Press, 2002. (Breast Cancer Screeninh, 7).

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

KITCHENER, H. C. et al. Automação assistida versus leitura manual do câncer do colo do útero (MAVARIC): uma triagem controlada. **Lancet Oncol.**, [s.l], v. 12, n. 1, p. 56-64, 2011.

KLIGERMAN, J, Estimativas, incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2001. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2001, v.27, n.2, p. 111 – 14. Disponível em: <[www.inca.gov.br/rbcn\\_47/v02/pdf/editorial.pdf](http://www.inca.gov.br/rbcn_47/v02/pdf/editorial.pdf)> Acesso em 18 jul 2013

MAEDA, M. Y. S. et al. Estudo preliminar do SISCOLO – Qualidade na rede de saúde pública de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 40, n. 6, p. 425-429, 2004.

MALUF, F.D.; 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, V.C.R.D. 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.

MERIGUI, M. A. B.; HAMANO, L.; CAVALCANTE, L. G. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 289-296, 2002.

MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem oncológica**. 2. ed. São Paulo: Manole e Affonso, 2002.

MULLER, D. L. et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, 2008.

NERI, E. A. R. et al. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame papanicolaou de prostitutas. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 731-738, 2013.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 150-155, 2005.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 3, p. 325-334, 2006.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na estratégia saúde em uma Distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 7, n. 1, p. 31-38, 2007.

OTTO, S. E. **Oncologia**. (Trad. Ivan Lourenço Gomes e Maria Angélica Borges). Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2001.

PINHO, A. A.; MATTOS, M. C. F. I. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. **Jornal Brasileiro de Patologia Médica**, v. 38, n. 3, p. 225-231, 2002.

PINTO, A. P.; TÚLIO, S.; CRUZ, O. R. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 1, p. 73-78, 2002.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, 2010.

RAMOS, A. S. et al. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto á realização do exame preventivo de Papanicolaou. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 170-174, 2006.

SANJOSÉ, S. et al. O câncer do colo do útero no DNA da mulher com citologia normal: análise. São Paulo, v. 7, n.7, p. 453-459, 2007.

SASIENI, P.; CASTONON, A.; CUZICK, J. O câncer do colo do útero sobre uma nova idade: controle de base e estudo. **British Medical Journal**, v. 339, p. 2.968, 2009.

SASLOW, D. et al. Guia da sociedade americana do câncer para o uso da vacina papilomavirus (HPV) na prevenção do cancer cervical e seus precursores. Sociedade Americana de Cancer. **Câncer K. Clin.**, v. 57, p. 7-28, 2007.

SILVA, M. C. P. et al. Avaliação do perfil epidemiológico das pacientes atendidas no nucleo de saúde da UFRPE portadoras de vulvovaginites. IV Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão – JEPEX 2009. VI Semana Nacional de Ciência e Tecnologia. **Anais...** 19 a 23 outubro 2009. Disponível em: <[www.eventosufrpe.com.br/kepex2009/cd/resumos/R0994-1.pdf](http://www.eventosufrpe.com.br/kepex2009/cd/resumos/R0994-1.pdf)> Acesso em 01 jun 2013.

SILVA, T. T. Identificação de tipos frequentes e de outros fatores de risco para neoplasia intra epitelial cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 285-291, 2006.

SILVEIRA, L. M. S. 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.

SMITH, J. S. et al. A distribuição humana do palillomavírus no câncer do colo do útero e as lesões cervicais: uma análise atualizada. **International Journal of Cancer**, [s.l.], v. 121, n. 3, p. 621-632, 2007.

SPENCE, A. P. **Anatomia humana básica**. 2 ed. São Paulo: Manole, 1991.

THULER, L. C. S. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, 2008.

TORRES, L. C.; BRITO, C. M. S. **Perspectivas das mulheres na realização da citologia oncológica**. Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Odontologia e Enfermagem – FACOE, Universidade Estadual do Piauí, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Agência Internacional de cancer: Globocan. In: \_\_\_\_\_. **World Cancer Report**. Lyon: WHO, 2008. p. 11-104.

ZIMMERMANN, J. B.; MELO, V. H.; CASTRO, L. P. F. Associação entre a contagem de linfócitos T CD4+ e a gravidade da neoplasia intra epitelial cervical disgnosticada pela histopatologia em mulheres infectadas pelo HIV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 6, p. 345- 351, 2006.