

MARIANA DOS ANJOS CORRÊA

FATORES ASSOCIADOS À BAIXA COBERTURA DA CITOLOGIA ONCOLÓGICA  
CERVICAL E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2012

MARIANA DOS ANJOS CORRÊA

FATORES ASSOCIADOS À BAIXA COBERTURA DA CITOLOGIA ONCOLÓGICA  
CERVICAL E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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. VICTOR HUGO DE MELO

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2012



**FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG**

**NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mariana dos Anjos Corrêa

**FATORES ASSOCIADOS À BAIXA COBERTURA DA CITOLOGIA ONCOLÓGICA  
CERVICAL E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

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. VICTOR HUGO DE MELO

Banca examinadora:

Prof. Victor Hugo de Melo – orientador

Prof. Luiz Sérgio Silva

Aprovado em Belo Horizonte: 04/02/2012

Dedico, principalmente, ao meu marido Carlos, que sempre me incentivou, esteve ao meu lado, entendeu as minhas dificuldades, sempre sendo exemplo de inteligência, dedicação e responsabilidade e também ao lado da nossa filha Laura, de apenas 3 anos, que necessita de constante atenção, cuidado, apoio e dedicação.

Agradeço a Deus por colocar pessoas amigas no meu caminho e à equipe de Saúde da Família, que sempre me ofereceram companhia, me apresentaram oportunidades e a bonita área da medicina da família.

Agradeço ao meu orientador Victor Hugo de Melo, que se dispôs constantemente a me ajudar e compartilhou conhecimentos.

Obrigada a todos que sempre estiveram ao meu lado e me ofereceram apoio!

“Não sabemos avaliar a saúde quando a temos, lamentamos a sua falta quando a perdemos”.

MARQUÊS DE MARICÁ

## **Resumo**

O câncer de colo de útero é o segundo tumor mais freqüente na população feminina, atrás somente do câncer de mama e a quarta causa de óbito no Brasil anualmente. Essa neoplasia pode ser detectada precocemente pelo exame de Papanicolaou em mulheres, prioritariamente, na idade de 25 aos 64 anos. Há vários motivos detectados para as mulheres não realizarem o exame preventivo. Estes motivos estão relacionados, na maioria das vezes, a fatores extrínsecos, ao ambiente e a hábitos de vida. Assim, o diagnóstico tardio de lesões precursoras de câncer cérvico-uterino aumenta a prevalência dessa neoplasia na população, a incidência de casos graves de câncer de colo uterino e faz com que essa doença se torne um problema de saúde pública. Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família tem um importante papel na população feminina quanto à informação, orientação sobre a necessidade do exame de Papanicolaou e a prevenção da doença, através de campanhas, ações educativas sobre o assunto e capacitação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: exame Papanicolaou, câncer colo uterino, Saúde da Mulher, Atenção Primária à Saúde.

## **Abstract**

The cervical cancer is considered the second most frequently tumor in the feminine population, behind only of mama cancer and the fourth cause of death in Brazil early. This cancer can be detected at early stage by the Pap test in women, priority, when they are 25 to 64 years. There are several detected motives for women don't realize the Pap test. These are correlated to, most of the time, extrinsic factors, the environment and lifestyle. Thus, the late diagnosis of precursor lesions of cervical cancer causes this disease has a high incidence in the population, are high levels of prevalence and mortality of women and the cervical cancer becomes a public health problem. In this context, the Family Health Program is a strategy that, by approaching the families of the health team and, consequently, the woman has an important role in informing, advising on the need to examine and disease prevention through campaigns and educational activities on the subject, as well as training of professionals of health.

**Key-words:** Pap- test, cervical cancer, Woman health, Primary healthcare

## Sumário

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | Introdução   | 1  |
| 2   | Evolução das Políticas de Saúde Pública no Brasil  | 4  |
| 3   | Programas oficiais para rastreamento do câncer cervical  | 6  |
| 4   | A Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil  | 8  |
| 5   | Por que as mulheres não realizam o teste de Papanicolaou   | 10 |
| 5.1 | Ausência de sintomas   | 11 |
| 5.2 | Medo, vergonha e universo cultural diferente   | 12 |
| 5.3 | Falta de acesso  | 13 |
| 5.4 | Grande intervalo de tempo entre consultas  | 14 |
| 5.5 | Menor procura para realização de preventivo pelas mulheres acima da idade reprodutiva            | 15 |
| 5.6 | Nuliparidade e início tardio para realização de exame preventivo                                 | 15 |
| 5.7 | Desconhecimento do câncer de colo uterino e da importância de realização do exame preventivo     | 15 |
| 6   | Prevenção do câncer de colo uterino no âmbito da Saúde Pública e do Programa de Saúde da Família | 17 |
| 7   | Comentários finais   | 21 |
|     | Referências  | 24 |



## 1. Introdução

O Teste Papanicolaou, nome oriundo do seu idealizador Georgios Papanicolaou (1883-1962), médico grego, considerado o pai da citopatologia, é um exame ginecológico de amostra cervical, realizado para prevenção e/ou diagnóstico precoce do câncer do colo de útero.

O exame de Papanicolaou, ou exame colpocitopatológico, é um teste simples e barato, gratuito na rede pública, oferecido pelas unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), de fácil realização e de direito da mulher, indolor e eficaz. Esse exame consiste na coleta de material da parte externa (ectocérvice) e interna (endocérvice) do colo do útero, utilizando espátula e escovinha. O material é colocado em uma lâmina de vidro – sob a forma de dois esfregaços individuais (separando a amostra externa da interna) – acondicionada em frasco de plástico cilíndrico e encaminhado ao laboratório para posterior exame microscópico pelo patologista. Para preservação das células, o esfregaço pode ser acondicionado em álcool absoluto ou com spray fixador.

É importante a sua realização periódica, pois as alterações celulares que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente por esse procedimento. As novas diretrizes recomendam que o intervalo entre os exames seja de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual<sup>19</sup>. Como as lesões precursoras do câncer de colo uterino têm lenta evolução e, em 100% das vezes, podem ser diagnosticadas e tratadas precocemente, é possível evitar, o aparecimento do câncer de colo uterino.

O câncer de colo de útero é o segundo tumor mais freqüente na população feminina, atrás somente do câncer de mama e a quarta causa de óbito de mulheres no Brasil anualmente (figura 1). A principal causa do câncer cérvico -uterino é a infecção por subtipos de alto risco do papilomavírus humano (HPV), também relacionados a tumores malignos em outras partes do organismo, podendo estar ou não associados a outros fatores como, por exemplo, mulheres com múltiplos parceiros, início precoce de vida sexual (antes dos 17-18 anos)<sup>19</sup>, baixos níveis sócio-econômicos, hábitos de vida (má higiene e uso prolongado de anticoncepcionais orais), tabagismo, idade, infecção pelo HIV e Herpes vírus tipo II (HSV).

## Estimativas 2010 INCA

### Colo do útero: segunda causa de câncer nas mulheres

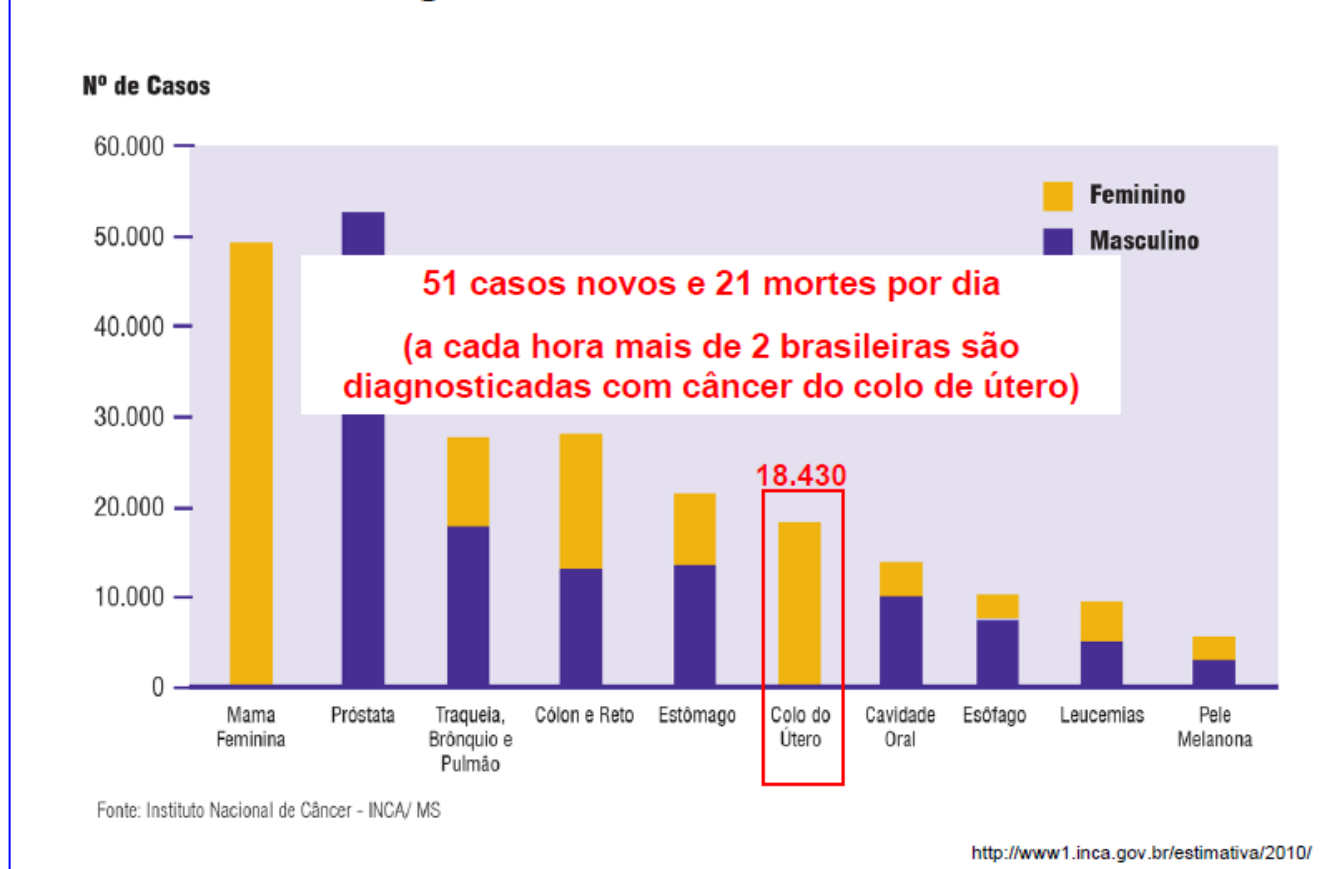


Figura 1 - Causas de câncer nas mulheres (INCA, 2010).

Essa neoplasia pode ser detectada precocemente pelo Teste de Papanicolaou em mulheres, prioritariamente, na idade de 25 aos 64 anos<sup>19</sup>. A faixa etária para o rastreamento desse tipo de câncer foi ampliada, em 2011, por uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer (INCA), pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e as sociedades médicas. No caso das mulheres, com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame, devem ser feitos dois preventivos com intervalo de um a três anos. Se os dois resultados forem negativos, essas mulheres poderão ser dispensadas de exames adicionais. Gestantes (sem prejuízo à saúde do bebê ou de alterar o resultado do exame) e virgens devem realizar o exame preventivo e, para essas últimas, existe o virgoscópio, um espéclo especialmente idealizado para ser introduzido sem romper o hímen.

O presente trabalho tem por objetivo estudar os motivos para as mulheres não realizarem o exame preventivo do câncer de colo uterino, principal causa do diagnóstico tardio desta doença, e destaca a importância da Atenção Primária à Saúde na melhoria da

informação e orientação das mulheres que pode implicar na diminuição dos índices de prevalência da doença e mortalidade na população feminina. Ainda hoje, são muitos os tabus, preconceitos e distorções transmitidas que funcionam como barreiras na atenção precoce dessa patologia.

## **2. Evolução das Políticas de Saúde Pública no Brasil**

As primeiras manifestações relevantes no que se refere à implementação dos serviços de saúde pública em nível nacional ocorreram no período conhecido como Primeira República (1889-1930), até então, a saúde era proporcionada por ações filantrópicas. O referido período foi caracterizado por “medidas campanhistas”, onde a ênfase foram as campanhas de saúde pública, organizadas de forma semelhante às campanhas militares e voltadas para a “limpeza” das áreas urbanas das graves epidemias então existentes. Em 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), pela primeira vez o governo cria um mecanismo destinado a garantir ao trabalhador algum tipo de assistência, embora de forma desigual, devido à dificuldade de empresas em organizar o serviço.

Após o término da Primeira República, teve início a Era Vargas (1930-1945), período marcado pela centralização da estrutura dos serviços de saúde e por sua interiorização. Neste período foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), com caráter de seguro social. Os IAP's eram financiados pelas contribuições dos trabalhadores e também do Estado, garantiam o direito à assistência médica e aposentadoria após trinta anos de serviço. A ação do Estado no setor da saúde era dividida em dois ramos: por um lado a saúde pública de caráter preventivo e conduzida por intermédio de campanhas, de outro lado a assistência médica de caráter curativo conduzida através da ação da previdência social.

O “Período Desenvolvimentista” (1946-1964) teve início com a adoção do modelo de saúde estadunidense. Neste modelo o grande hospital concentrava o atendimento de uma região e mantinha em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios; de menor custo operacional. Durante esta fase foi criado o Ministério da Saúde, onde se constatou a predominância da assistência médica individual. A resistência à unificação dos IAP's estimulou o surgimento da medicina de grupo, onde empresas prestam serviços médicos particulares aos empregados de outras empresas que as contratam (previdência privada).

No período de 1964 a 1981, nasceram as Associações Médicas de Hospitais e a Associação Brasileira de Medicina. Em 1966, ocorreu a unificação dos IAP's e surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que concentrou em estrutura única todos os

institutos relacionados com a Previdência Social, porém, somente os contribuintes podiam usufruir da previdência. Foram criados o Sistema Nacional de Saúde, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Plano de Pronta Ação (PPA), este último normatizou as condições para expansão da cobertura de serviços assistenciais e acarretou um aumento sem precedentes na produção de serviços.

Em 1978, teve início a estruturação dos Planos Municipais de Saúde e Assistência Social, que passou a reunir todos os órgãos de assistência médica no INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e todos os órgãos de aposentadorias no INPS.

No início da década de 1980 surgiu o PREV-SAÚDE, projeto que pretendia estender a toda a população com ênfase nos serviços básicos de saúde. Depois, surgiu o CONASP que a partir das idéias do PREV-SAÚDE elaborou um plano visando a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos atender a população. A partir do CONASP surgiu o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) que tinha por finalidade integrar os serviços que atendiam à população de uma região, visando ações mais eficientes e eficazes.

Os AIS possibilitaram a criação das Comissões Inter-Institucionais de Saúde (CIS) e Comissões Inter-Institucionais Municipais de Saúde (CIMS), que acabaram por se constituírem na semente dos atuais Conselhos de Saúde, assim como foram a base para implementação, posteriormente, dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), fase anterior a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da década de 1980, principalmente após a efetivação da Constituição Federal de 1988, marco na saúde pública, os avanços das políticas de saúde pública tiveram como fatos marcantes a implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (1991), a Criação do Programa de Saúde da Família (1994) e a publicação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher.

No que se refere às políticas de saúde da mulher, as ações mais expressivas foram desencadeadas, também, a partir da década de 1980. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, representou uma nova abordagem da saúde da mulher. As diretrizes desse programa foram elaboradas dentro da ótica de atenção primária, segundo o conceito de integralidade da assistência e englobaram todas as fases da vida.

### **3. Programas oficiais para rastreamento do câncer cervical**

Apesar das medidas implementadas no contexto da saúde pública no Brasil, o câncer de colo uterino continuou a ser um grande problema e então, em 1997, foi criado o Programa Viva Mulher, programa nacional de rastreamento do câncer do colo uterino, também com o objetivo de fazer o diagnóstico precoce da neoplasia, diminuir a mortalidade feminina e as conseqüências psíquicas e sociais que esta pode causar.

A OMS estabelece como necessária uma cobertura de 85% da população feminina, para obtenção de impacto epidemiológico na redução do câncer cérvico uterino <sup>4</sup>.

No ano de 1998, motivado pelos dados estatísticos, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino – PNCC. Após a instalação do PNCC, uma vertente de atuação no Ministério da Saúde na área de Atenção à Saúde da Mulher, a cobertura do preventivo vem aumentando significativamente. A população alvo da segunda fase de intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvicouterino (PNCCU) foi constituída por mulheres de 35 a 49 anos que nunca realizaram o exame de Papanicolaou na vida ou que o realizaram há três anos ou mais. As atividades desse programa devem ser direcionadas prioritariamente para os grupos menos atingidos pelo Papanicolaou e citologias repetidas a intervalos curtos devem ser evitadas, pois não aumentam a proteção das mulheres rastreadas e dificultam o acesso ao exame dos grupos mais vulneráveis e que não estão sendo examinados <sup>3</sup>.

Com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade da mulher, o Ministério da Saúde criou, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) para atender a mulher em sua integralidade, através de ações preventivas e de controle às doenças prevalentes nesse grupo populacional nos níveis primário, secundário e terciário <sup>7</sup>.

A partir de 1998, ocorreu a ampliação das ações de comunicação social, garantia do financiamento dos procedimentos ambulatoriais e criação de um software Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) para melhor gerenciamento das informações do Programa. O SISCOLO é um sistema de informática oficial do Ministério da Saúde, utilizado para fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame preventivo do cólo de útero, referentes ao programa de controle do câncer do cólo do útero no país. Esse programa recebe,

mensalmente, dos laboratórios conveniados, os arquivos com os resultados dos exames (citopatológico e histopatológico) coletados pelos serviços de saúde. Esses dados são importados para a base do sistema, que armazena somente os exames alterados. As mulheres que apresentarem exames alterados são automaticamente direcionadas para um arquivo chamado registro de seguimento.

#### 4. A Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil

As ações supra-citadas embasaram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do governo federal, formalmente criado em 1991 e então, em 1994, nasceu o Programa Saúde da Família (PSF). Mais tarde, em 2006, diante da melhoria que ocorreu nos indicadores de saúde, o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>2</sup>.

A ESF, por meio de ações educativas e informativas, da equipe multiprofissional, orienta melhor a comunidade sobre a importância do exame preventivo do câncer de colo uterino e funciona como porta de entrada dos pacientes no sistema de saúde (OLIVEIRA, 2003; OLIVEIRA *et al*, 2006; OLIVEIRA & PINTO, 2007). Permite melhor alcance da população às especialidades médicas e aos atendimentos secundários e terciários.

O Brasil é um modelo para outros países, pois mantém constante troca de experiências em saúde e, como afirma Luís Pisco, médico de Família e Comunidade e ex-coordenador da Missão para os Cuidados Primários, a “Saúde da Família não conhece fronteiras”. Nos últimos anos, houve avanços significativos nos indicadores de saúde e é importante que as conquistas alcançadas com a Saúde da Família não sejam subestimadas, porque são referências não só para o governo brasileiro como para outros países. Por exemplo, países vizinhos sul-americanos como Peru e Paraguai reestruturaram as redes de atenção primária com base na nossa Política Nacional de Atenção Básica<sup>2</sup>.

PROENÇA e SZEKIR (2010, p. 47) consideravam que: [...] *O professor de Saúde Pública e de Atenção Primária à Saúde e diretor da London School of Hygiene and Tropical Medicine, Andy Haines, é categórico ao afirmar que o Brasil, possivelmente é o exemplo mais importante da rápida expansão de um programa de cuidados primários em todo o mundo nos últimos 20 anos.*

É por meio da ESF que a comunidade é mais bem assistida, com melhor qualidade de vida e tem uma integração maior entre a população e as ações de saúde desenvolvidas. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são alguns dos profissionais da equipe dessa estratégia. São muito importantes porque passam informações e orientações de saúde para a população, é um referencial para as famílias onde atua. Por exemplo, também acompanham pacientes em caminhadas e outros exercícios, fazem pesagem das crianças, ministram palestras nas Unidades de Saúde, ajudam aqueles, principalmente os que são analfabetos, a



organizarem os seus medicamentos e orientam adolescentes através das visitas domiciliares.

## 5. Por que as mulheres não realizam o teste de Papanicolaou

Segundo Pinho *et al*, (2003), diversas foram as pesquisas brasileiras realizadas na população feminina em São Paulo e constatados vários motivos para não realização do exame Papanicolaou, sendo os principais: o medo e/ou a vergonha; níveis culturais diferentes; mitos e tabus; desconhecimento da existência da finalidade e da importância do exame preventivo; atendimento público deficiente; falta de tempo<sup>16</sup>.

No Brasil, embora o Ministério da Saúde preconize desde 1998 a realização do exame para detecção precoce do câncer do colo uterino em todas as mulheres que já tiveram relações sexuais, com especial atenção àquelas com idade entre 25 e 64 anos de idade, considera-se importante que os serviços de saúde ofereçam o acesso ao Papanicolaou à população adolescente<sup>35</sup>.

A figura 2 mostra as estimativas de casos novos em câncer em mulheres de Minas Gerais, de acordo com os dados do INCA.

Estimativas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária\*

| Localização Primária<br>Neoplasia Maligna | Estimativa dos Casos Novos |               |              |               |
|---|----------------------------|---------------|--------------|---------------|
|   | Estado                     |               | Capital      |               |
|   | Casos                      | Taxa Bruta    | Casos        | Taxa Bruta    |
| Mama Feminina                             | 4.250                      | 41,21         | 950          | 70,19         |
| Colo do Útero                             | 1.330                      | 12,93         | 210          | 15,21         |
| Cólon e Reto                              | 1.210                      | 11,70         | 300          | 22,27         |
| Traqueia, Brônquio e Pulmão               | 850                        | 8,26          | 140          | 10,20         |
| Estômago                                  | 710                        | 6,90          | 140          | 10,09         |
| Leucemias                                 | 410                        | 4,00          | 70           | 5,26          |
| Cavidade Oral                             | 310                        | 2,93          | 50           | 3,61          |
| Pele Melanoma                             | 240                        | 2,38          | 50           | 3,41          |
| Esôfago                                   | 380                        | 3,71          | 40           | 3,37          |
| Outras Localizações                       | 9.350                      | 90,62         | 1.770        | 131,29        |
| <b>Subtotal</b>                           | <b>19.040</b>              | <b>184,54</b> | <b>3.720</b> | <b>275,93</b> |
| Pele não Melanoma                         | 4.750                      | 46,07         | 610          | 45,48         |
| <b>Todas as Neoplasias</b>                | <b>23.790</b>              | <b>230,59</b> | <b>4.330</b> | <b>321,30</b> |

\*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Figura 2- Estimativas de casos novos de câncer em mulheres em Minas Gerais (INCA, 2010).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que 15 milhões de novos casos de câncer ocorrerão por ano no mundo a partir de 2020. Todavia, o conhecimento científico existente hoje é suficiente para reduzir este número consideravelmente <sup>35</sup>.

Como destacado anteriormente, muitos fatores estão relacionados à falta de realização do exame como a falta de informação, o baixo nível de escolaridade, o baixo nível socioeconômico, medo ou vergonha, preconceito, níveis culturais diferentes (a influência da cultura na educação e na conduta da família em relação à sexualidade interferem), falta de acesso, falta de consulta com ginecologista há mais de 12 meses, indisponibilidade de vaga e horário na rede SUS, atendimento público deficiente, controle ineficiente da realização de exames, comodismo ou ausência de sintomas. É possível supor que haja uma menor procura das mulheres, acima da idade reprodutiva, pelos serviços de saúde e, conseqüentemente, pela realização do exame preventivo Papanicolaou<sup>16</sup>.

### **5.1 - Ausência de sintomas**

Em alguns estudos, foi citado o motivo de as mulheres se acharem saudáveis por não apresentarem queixas ginecológicas e, portanto, não precisariam realizar o exame preventivo de câncer cérvico-uterino. A ausência de sinais e sintomas que poderiam caracterizar a doença (corrimento vaginal sanguinolento, doenças sexualmente transmissíveis ou infecção genital), é um dos motivos para as mulheres não buscarem o cuidado médico-ginecológico <sup>14</sup>.

Essa atitude das mulheres de não realizarem o exame devido à ausência de queixas ginecológicas está relacionada à construção cultural de significação dos fenômenos de saúde e doença, fundamentada no modelo instaurado historicamente pela medicina curativa, encorajando os indivíduos a buscarem cuidado médico somente quando os sintomas reconhecíveis estão presentes.

Trata-se também de um indicador de desconhecimento das ações preventivas por parte dessas mulheres, por acharem que, para a realização desse exame, é preciso estar doente.

Na fase precoce, o câncer de colo de útero não apresenta sintomas. Por isso, é tão importante que a mulher faça seu exame periodicamente e não espere que apareçam sintomas. Assim, a chance de se detectar lesões ainda totalmente curáveis é bem maior.

## 5.2 - Medo, vergonha e universo cultural diferente

Outro motivo também é que, por se tratar de um exame ginecológico, a sexualidade está envolvida. A forma como algumas mulheres manifestam dificuldade de expor seu corpo para ser examinado por um profissional de saúde, revela o quanto a sexualidade tem influência sobre a vida da mulher; afinal, trata-se de tocar, manusear órgãos e zonas erógenas. Daí talvez o fato de as mulheres associarem sempre a exposição das genitálias à sexualidade, produzindo sentimento de vergonha em relação à exposição de suas áreas íntimas<sup>17</sup>.

Toda vez que a mulher expõe o seu corpo, aflora a vergonha, que pode ser justificada pela forma como foi criada e pela educação recebida, por causa do tabu do sexo e da falta de informação. Ao longo da história e nas diferentes sociedades, o corpo feminino vem sendo regulado por meio de normas, sejam elas baseadas em crenças, mágicas, religião, leis ou a Medicina. Certamente, conhecer a anatomia do próprio corpo ainda é um desafio para muitas mulheres, mesmo nos dias de hoje. A impessoalidade do exame e o sentimento de vergonha exacerbado pela exposição do corpo dificultam o relaxamento da mulher, podendo tornar a realização do exame uma experiência dolorosa<sup>17</sup>.

Um estudo de caso, realizado em uma unidade básica de saúde em Fortaleza em 2004, revelou que a mulher geralmente só procura fazer o exame de prevenção quando surgem sintomas, por ter vivenciado este exame com apreensão e medo pela possibilidade de um diagnóstico positivo de um câncer cérvico-uterino; sente-se constrangida em expor seu corpo e tê-lo examinado, sobretudo, quando o profissional de saúde é do sexo masculino (a vergonha prevalece); não tem conhecimento do corpo e tampouco de sua sexualidade.

A atitude de prevenção é determinada pelas crenças e percepções da mulher sobre o que é saúde, doença, o exame de prevenção e, também, pelas experiências vivenciadas por ela.

Por isso, deve-se procurar empatia e fazer com que a mulher se sinta o mais à vontade possível. Deve-se levar em consideração, também, o fato de muitas pessoas serem extremamente tímidas, independente da circunstância em que se encontram e, é claro, que nesta situação a timidez tende a aumentar muito. Então, o atendimento dessas pessoas requer maior sensibilidade e compreensão. Portanto, muitas vezes, por vergonha, preconceito e medo

de realizarem os exames ginecológicos de rotina, as mulheres colocam desnecessariamente sua saúde em risco.

### **5.3 - Falta de acesso**

Parte das autoridades e instituições responsáveis pela prevenção de doenças reconhece que há um contingente importante de mulheres que não é alcançado pelos programas de saúde por diversos motivos. Por exemplo: moradoras da zona rural que não têm fácil acesso a um posto de saúde; moradia distante da Unidade de Saúde e dificuldade financeira para transporte; demora no atendimento ou agendamento do exame pela falta de material para realização do mesmo ou pelo número insuficiente de vagas; elevado tempo de espera nas filas; empregadores que não liberam seus empregados para esse tipo de procedimento; ausência de cuidadoras para seus filhos enquanto realizam o exame, dentre outros <sup>7</sup>.

A dificuldade de acesso ao atendimento básico, por qualquer motivo, pode desestimular as mulheres a procurarem os serviços de saúde, gerando sentimentos de descontentamento. A não realização do exame pode estar relacionada aos sistemas de saúde e seus profissionais.

Estudos revelam consistente associação entre o câncer cérvico-uterino e o baixo nível socioeconômico em todas as regiões do mundo. Os grupos vulneráveis concentram-se onde existem as maiores barreiras de acesso à rede de serviços, para detecção e tratamento precoce da patologia e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e por questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros <sup>7</sup>.

Uma forma de alcançar o contingente de mulheres que não vai aos postos de saúde seria dar ênfase à Estratégia de Saúde da Família, que já faz parte do conjunto de prioridades do Ministério da Saúde. Essa dificuldade pode ser minimizada com ampliação da realização do exame de Papanicolau em todas as UBS dos PSF do Município, reduzindo a demanda em algumas Unidades, atendendo assim a todas as áreas de abrangência e evitando o deslocamento ou o não comparecimento dessas mulheres para a realização do seu preventivo. A busca ativa de mulheres que não vêm ao centro de saúde é outra forma de aumentar a cobertura para prevenção da doença.

#### **5.4 - Grande intervalo de tempo entre consultas**

Não ter realizado consulta médica no último ano e a sobreposição das atividades laborais com os cuidados com a família, sobrecarregam a mulher e dificulta a realização de práticas do seu autocuidado. Estudo realizado para avaliar os fatores que influenciam a não-realização do exame preventivo do câncer cérvico uterino encontrou motivos que estavam associados ao papel da mulher no cuidado com a casa e os filhos, relacionados ao seu dia-a-dia. Repletas de afazeres domésticos, as mulheres acumulam à estas funções, o papel de mãe e sua condição de trabalhadora fora de casa<sup>27</sup>.

No sentido de regular a periodicidade do exame Papanicolau nos programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino, o MS/INCA recomenda a adoção de intervalo de três anos, após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano<sup>19</sup>.

#### **5.5 - Menor procura para realização de preventivo pelas mulheres acima da idade reprodutiva**

Foi observado que a não realização do Papanicolaou está associada à baixa escolaridade das mulheres acima de 50 anos. Tal fato pode estar relacionado ao sistema educacional das décadas passadas, que possuía grandes deficiências e o acesso era restrito para as mulheres, que deveriam ser instruídas apenas para os serviços domésticos. Muitas mulheres, pelo fato de estarem com a idade mais avançada, acham desnecessária a realização do exame ou, de acordo com Pellosso e colaboradores (2004), pelo fato de estarem despreocupadas com a reprodução, não fazem o exame preventivo.

Entretanto, deve-se considerar que o fato da grande parte das mulheres que não realizam o exame preventivo terem a idade acima de 50 anos, pode estar associado às suas características socioeconômicas, culturais, sexuais e reprodutivas e não propriamente à idade, que pode ser um reflexo do tipo de sociedade em que vivia nas décadas de 50 e 60, que é diferente dos tempos atuais.

A escolha por um serviço de atendimento pode ser influenciada pela ação do profissional, sendo este importante para informar e educar a comunidade. Portanto, na orientação, é necessário que sejam utilizadas estratégias que envolvam diálogo, sensibilidade e empatia (Paula e Madeira, 2003; Pellosso e col., 2004; Cestari, 2005; Ferreira e Oliveira, 2006).

Atualmente, tem-se maior facilidade de acesso à educação e ensino profissionalizante, as mulheres não são educadas apenas para serem “donas de casa”; há maior liberdade sexual e alguns “tabus” quanto à sexualidade feminina já foram quebrados, além do maior acesso aos serviços de saúde.

Destaca-se aqui então, a importância da realização de campanhas e ações de prevenção do câncer de colo de útero destinadas às mulheres de idade mais avançada e de menor nível socioeconômico e cultural com o intuito de eliminar especificamente os entraves para a compreensão da importância de realização do exame citopatológico do colo uterino. Além disso, as equipes de ESF devem priorizar a realização deste exame, independente da meta mensal a ser atingida.

A fim de atingir objetivos que melhorem a qualidade de vida, é importante que os profissionais implantem medidas e ações educativas que apresentem impacto eficiente, caso contrário, estarão apenas executando programas preestabelecidos, sem alcançar soluções integradoras. A educação em saúde não deve ser apenas uma transmissão de orientações que despreza o conhecimento de quem as recebe, ou pouco acredita na sua capacidade de aprender ou modificar-se (Fernandes e Narchi, 2002).

#### **5.6 - Nuliparidade e início tardio para início da realização do exame preventivo**

Não se pode deixar de relatar motivos citados em entrevistas e estudos realizados como viver sem companheiro e nunca ter dado à luz a um filho. O fato de não ter gerado uma criança é um fator importante na não-realização do exame preventivo. Em geral, o exame também é feito na primeira ou segunda visita de atenção pré-natal ou durante as atividades de rotina na assistência ginecológica ou de planejamento familiar. Isso indica a necessidade de integralizar a atenção à saúde da mulher pela ampliação da oferta do exame Papanicolaou a todas às mulheres, para além de um procedimento de rotina ofertado durante as consultas ginecológicas e de pré-natal, independente de sua experiência maternal e da sua situação conjugal <sup>12</sup>.

#### **5.7 - Desconhecimento do câncer de colo uterino e da importância da realização do exame preventivo**

Muitas mulheres acham desnecessária a realização do exame e não consideram importante que as mais velhas o façam, associando a necessidade do procedimento somente à

promiscuidade sexual. Assim, não levam em consideração as doenças sexualmente transmissíveis, em especial, o HPV, no desenvolvimento do câncer, além do início precoce da atividade sexual, como fatores de risco da doença.

A iniciação sexual começa cada vez mais cedo e de forma desprotegida, o que as deixa vulneráveis ao HPV e a outras doenças sexualmente transmissíveis, demonstrando uma grande necessidade de educação em saúde. A periodicidade recomendada é a cada três anos, após a realização de dois exames seguidos, com intervalo de um ano, cujos resultados tenham sido negativos. (Ministério da Saúde, 1988).

A falta de compreensão da importância da realização do exame de Papanicolaou por um segmento de mulheres constitui um desafio para os serviços de saúde, pois tem limitado o acesso ao rastreamento do câncer de colo de útero principalmente daquelas consideradas de maior risco. Algumas mulheres chegam ao Centro de saúde com pouca informação do “ritual” acerca do procedimento e, ao se colocar diante do profissional, a mulher se sente objeto de inspeção e associa a genitália à sexualidade, como já citado, daí o sentimento de vergonha, nervosismo e medo <sup>7</sup>.



## **6. Prevenção do câncer de colo uterino no âmbito da Saúde Pública e do Programa de Saúde da Família**

A atenção básica é a porta de entrada preferencial no SUS. O sistema hierarquizado e regionalizado do SUS propõe a assistência integral e cabe à equipe de Saúde da Família, a realização de atividades de educação e promoção à saúde, prevenção, tratamento, reabilitação, estabelecendo vínculos claros de compromisso e de corresponsabilidade com a população acerca de sua própria saúde. Cabe ao profissional de saúde a implantação de estratégias de sensibilização e o incentivo a prática rotineira do exame citológico do colo uterino entre as mulheres, sendo assim deve-se desenvolver atividades que promovam a saúde, com implantação de medidas preventivas, considerando crenças e valores da mulher (SOUZA; BORBA, 2008).

Na prevenção e controle do câncer do colo do útero, muitas ações são executadas nesse nível de atenção, desde aquelas voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), até as dirigidas para a detecção precoce do câncer: informação e esclarecimento da população sobre o rastreamento, identificação da população feminina na faixa etária prioritária, identificação de mulheres com risco aumentado, convocação para exame, realização da coleta da citologia, identificação de faltosas e reconvocação, recebimento dos laudos, identificação das mulheres com resultados positivos ao rastreamento para vigilância do caso, orientação e encaminhamento das mulheres para unidade secundária, avaliação da cobertura de citologia na área, avaliação da qualidade da coleta e supervisão dos técnicos para coleta, planejamento e execução de ações, na área sob responsabilidade sanitária da equipe, voltadas para a melhoria da cobertura do exame. A equipe é também responsável pela vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento, identificação de falhas no acesso e fechamento dos casos. Pode também oferecer diferentes modalidades de suporte a pacientes em tratamento curativo ou paliativo<sup>19</sup>.

É importante que a Atenção Primária à Saúde assuma a responsabilidade de elaborar políticas e planos de ação que cubram tanto a prevenção da ocorrência da enfermidade (atenção primária) quanto o diagnóstico precoce desta através do rastreamento (secundária) e prevenção de deformidades, recidivas e morte (terciária).

A incidência de câncer do colo do útero evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49

anos. Ao mesmo tempo, com exceção do câncer de pele, é o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 51% a 66%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 41% após cinco anos<sup>29</sup>.

Os projetos educativos precisam estar direcionados para a importância e frequência do exame de Papanicolaou e também para a interação profissional-paciente durante a consulta ginecológica, visando o melhor acolhimento destas mulheres, de forma a reduzir a vergonha, o medo e a ansiedade delas.

A realização do exame citopatológico de Papanicolaou tem sido reconhecida mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer<sup>12</sup>.

Iniciativas como o Programa Viva Mulher, lançado em 1996, e o desenvolvimento de campanhas nacionais sistemáticas têm contribuído para o aumento da cobertura do exame no país. Contudo, verifica-se que as taxas de incidência e de mortalidade ainda permanecem desafiando as medidas até então adotadas, sinalizando possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das referidas ações.

Adicionalmente, existe uma baixa cobertura nacional das ações de rastreamento dessa neoplasia: embora o Inquérito Domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde tenha mostrado que, para as 16 localidades analisadas, a cobertura estimada do exame Papanicolaou variou entre 74% e 93% (INCA, 2003), o percentual desses exames realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) variou entre 33% e 64% do total. Isso explica, em parte, o diagnóstico tardio e a manutenção das taxas de mortalidade, bem como as altas taxas de incidência observadas no Brasil (BRASIL, 2003a)<sup>34</sup>.

Atualmente, existem diversas classificações que orientam como liberar o resultado do exame citopatológico (Quadro 1)

Quadro 1 - Nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

| <b>Papanicolaou 1941</b> | <b>OMS 1952</b>  | <b>Richard 1968</b>     | <b>Sistema Bethesda 1988</b>          |
|--------------------------|--|-------------------------|---------------------------------------|
| I                        | Normal   | Normal                  | Dentro dos limites normais            |
| II                       | Inflamação   | Inflamação              | Alterações celulares benignas         |
| III                      | Displasia leve<br>Displasia moderada<br>Displasia severa | NIC 1<br>NIC 2<br>NIC 3 | SIL baixo/ alto grau<br>ASCUS<br>AGUS |
| IV                       | Carcinoma in situ  | NIC 3                   | SIL alto grau/ carcinoma in situ      |
| V                        | Carcinoma invasor  | Carcinoma invasor       | Carcinoma invasor                     |

NIC – neoplasia intraepitelial cervical; SIL – lesão escamosa intraepitelial

A Estratégia Saúde da Família é composta de uma equipe multiprofissional e, nessa equipe, os agentes comunitários de saúde (ACS), são os profissionais de maior conhecimento, vínculo e interação com a população atendida.

A Estratégia de Saúde da Família deve realizar algumas ações como <sup>32, 33</sup>:

- levantamento do número de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos
- implantação e atualização de arquivo rotativo de todos os exames realizados
- adequação dos horários das coletas às necessidades técnicas
- busca ativa dos faltosos
- aproveitar, no momento da consulta, para coleta do exame preventivo e estimular o retorno às visitas subsequentes
- conscientização dos pacientes sobre a importância da realização do exame preventivo; explicar o que é o exame e como é feito
- divulgação, através dos agentes comunitários de saúde e das visitas domiciliares, a importância do Teste Papanicolaou
- desenvolver atividades educativas junto às mulheres por meio de palestras nas Unidades de Saúde e campanhas de prevenção, por exemplo, respeitando as crenças e as culturas do paciente.

- parcerias entre os serviços de saúde e universidades e/ou escolas e/ou organizações que lidem com a temática da prevenção da neoplasia do câncer do colo uterino e que possam promover a atenção para a prevenção dessa enfermidade.

- a gestão deve manter estoque adequado de material e insumos necessários para realização a do exame, a partir da demanda local.

- uso de protocolos

Em relação à realização do exame Papanicolaou, tem-se estimulado a captação de mulheres que nunca fizeram o exame citopatológico, através da busca ativa pelos programas de atenção básica de saúde e o estabelecimento de estratégias regionais que ampliem a divulgação sobre a importância da realização do exame.

É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por esse câncer pode ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*. Para tanto, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes. A incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações está em discussão pelo Ministério da Saúde e pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero <sup>29</sup>.

No processo de trabalho da equipe, precisa haver comunicação e capacitação dos profissionais utilizando todos os meios de informação disponíveis, alertando sobre a importância da realização do exame preventivo utilizando, por exemplo, palestras nos Postos de Saúde; capacitação e influência dos ACS na população; implantação de mecanismos de referência e contra-referência possibilitando, assim, a ligação entre a assistência primária, a secundária e a terciária e o acompanhamento da paciente.

A esfera gestora municipal tem algumas responsabilidades, tais como: alimentar o sistema de informação; estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes de saúde; estimular o uso de protocolos; organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, dando prioridade à Estratégia Saúde da Família; avaliar o desempenho das equipes de Atenção Básica/saúde da Família sob sua supervisão.

## 7. Comentários finais

Pode-se perceber que foram detectados vários motivos para a não realização do exame de Papanicolaou e, conseqüentemente, o câncer de colo uterino tem mantido altos níveis de incidência, prevalência e mortalidade na população feminina em decorrência dos diagnósticos tardios. Os principais motivos para a não realização do exame estão relacionados ao procedimento (medo e vergonha), aos serviços (custo e agendamento), aos aspectos relacionados à dinâmica de vida das mulheres (transporte, esquecimento e importância atribuída ao exame) e também ao grau de escolaridade e/ou a renda familiar, que estão intimamente relacionados ao maior ou menor esclarecimento a respeito da necessidade do exame e da freqüência de sua realização. Estudos mostraram também que as mulheres mais jovens e de maior idade são as que menos fazem o exame de prevenção<sup>1, 3, 4, 16</sup>.

Do exposto, infere-se que, apesar de existir uma considerável cobertura entre as mulheres, não há queda na mortalidade da população por câncer de colo de útero em nosso país. Tal fato deve-se provavelmente a esta cobertura não abranger plenamente a faixa etária-alvo das mulheres. Ainda, conclui-se que o número de exames realizados não implica necessariamente em boa cobertura da população exposta, pois, às vezes, muitas mulheres realizam o exame anualmente enquanto outras não o fazem por toda a vida ou o fazem esporadicamente.

Acreditamos que a Estratégia de Saúde da Família é um meio para melhorar esses índices, tendo em vista que as equipes de saúde podem fornecer informações e orientações às mulheres sobre a existência e importância do exame para a prevenção da doença, e assim, proporcionando-lhes a detecção precoce das lesões precursoras do câncer de colo uterino.

Programas de controle de câncer com níveis elevados de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas de colo de útero, podem reduzir a incidência do câncer cervical em cerca de 80%. Porém, um estudo feito, em nível nacional, mostrou níveis elevados de cobertura do exame citológico (acima de 73%) em todas as cidades. Entretanto, não se observa ainda queda na mortalidade por câncer de colo de útero em nosso país<sup>24</sup>.

O objetivo desse indicador é revelar a suficiência da oferta atual de exames à população-alvo para alcançar a meta de cobertura do programa. A análise deve considerar a periodicidade com que o exame de rastreamento está sendo ofertado, dado que a razão de 0,3

(parâmetro esperado) tem como base a realização de um exame a cada três anos, na faixa etária prioritária para o rastreamento. O Rio de Janeiro permanece com o percentual de meta alcançado igual a zero, por falta de informação sobre exames citopatológicos na base de dados do SISCOLO. Até o terceiro trimestre de 2010, o Brasil atingiu, aproximadamente, 55% da meta anual pactuada (Quadro 2).

Quadro 2 - Metas pactuadas do rastreamento do câncer cervical nos diversos estados brasileiros.

| UF                  | Pop 2009 <sup>1</sup> | Meta Trimestre | Meta anual pactuada | Percentual Meta anual alcançada | Exames a realizar <sup>2</sup> |
|---------------------|-----------------------|----------------|---------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Acre                | 133.812               | 0,08           | 0,30                | 83,3%                           | 40.144                         |
| Alagoas             | 665.394               | 0,05           | 0,20                | 44,4%                           | 133.079                        |
| Amapá               | 117.382               | 0,04           | 0,16                | 39,9%                           | 18.781                         |
| Amazonas            | 689.737               | 0,04           | 0,17                | 69,9%                           | 117.255                        |
| Bahia               | 3.277.366             | 0,05           | 0,20                | 49,4%                           | 655.473                        |
| Ceará               | 1.884.558             | 0,06           | 0,24                | 60,5%                           | 452.294                        |
| Distrito federal    | 678.288               | 0,04           | 0,15                | 60,6%                           | 101.743                        |
| Espírito santo      | 850.412               | 0,07           | 0,26                | 71,2%                           | 221.107                        |
| Goiás               | 1.458.639             | 0,05           | 0,18                | 69,0%                           | 262.655                        |
| Maranhão            | 1,263.381             | 0,04           | 0,17                | 22,5%                           | 214.775                        |
| Mato Grosso         | 685.024               | 0,06           | 0,25                | 72,6%                           | 171.256                        |
| Mato Grosso do Sul  | 552.875               | 0,07           | 0,27                | 67,4%                           | 149.276                        |
| Minas Gerais        | 4.797.416             | 0,06           | 0,22                | 49,0%                           | 1.055.432                      |
| Pará                | 1.516.001             | 0,04           | 0,16                | 28,7%                           | 242.560                        |
| Paraíba             | 847.076               | 0,08           | 0,30                | 41,7%                           | 254.123                        |
| Paraná              | 2.611.972             | 0,05           | 0,21                | 51,8%                           | 546.514                        |
| Pernambuco          | 2.062.113             | 0,05           | 0,20                | 71,0%                           | 412.423                        |
| Piauí               | 676.851               | 0,08           | 0,33                | 57,5%                           | 223.361                        |
| Rio de Janeiro      | 4.136.331             | 0,05           | 0,20                | 0,0%                            | 827.266                        |
| Rio Grande do Norte | 716.336               | 0,07           | 0,27                | 59,4%                           | 193.411                        |
| Rio Grande do Sul   | 2.705.503             | 0,05           | 0,20                | 46,6%                           | 541.101                        |
| Rondônia            | 331.046               | 0,06           | 0,22                | 77,4%                           | 72.831                         |
| Roraima             | 77.194                | 0,08           | 0,30                | 73,7%                           | 23.158                         |
| Santa Catarina      | 1.511.569             | 0,06           | 0,24                | 49,5%                           | 362.777                        |
| São Paulo           | 10.611.662            | 0,05           | 0,18                | 75,8%                           | 1.910.081                      |
| Sergipe             | 451.676               | 0,05           | 0,20                | 63,1%                           | 90.273                         |
| Tocantins           | 269.580               | 0,07           | 0,28                | 68,4%                           | 75.482                         |
| Brasil              | 45.578.787            | 0,05           | 0,20                | 55,2%                           | 9.115.757                      |

1- População de 2009 ainda sem a estimativa 2010

2- Nº de exames a serem realizados no ano para atingir a meta pactuada

O fácil acesso ao exame Papanicolaou é uma estratégia pública de rastreamento para a detecção precoce do câncer de colo uterino ou prevenção secundária, uma vez que a prevenção primária é o uso de preservativo, masculino ou feminino, durante as relações sexuais. Num contexto educativo, deve-se enfatizar a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, em especial a infecção pelo HPV - presente em 99% dos casos de câncer de colo uterino (fator de risco para o câncer de colo uterino e principal causa desse tipo de câncer), através do uso de preservativo.

A despeito da efetividade dos programas de rastreamento, e do câncer cervical ser facilmente diagnosticado precocemente, com altas taxas de cura nos estágios precoces, essa neoplasia maligna continua a ser uma das principais causas de óbito e um dos maiores problemas de saúde das mulheres em todo o mundo em desenvolvimento.

Diante do exposto, vê-se a importância da realização e implantação de políticas, estratégias e práticas para incentivar o rastreamento do câncer de colo de útero. O PSF, conhecendo melhor a sua população-alvo, está apto a reconhecer os pontos vulneráveis dessa proposta e programar suas ações de forma a atuar mais efetivamente na prevenção dessa doença. É importante que os profissionais, e os gerentes locais, conheçam a situação epidemiológica da comunidade, suas demandas e sua condição de vida, no momento da organização das ações básicas que responderão às necessidades locais e regionais.

Finalmente, constata-se que o êxito no rastreamento do câncer de colo uterino, e consequente redução da morbimortalidade feminina, está associado, acima de tudo, à ação governamental na reorganização da assistência clínico-ginecológica das mulheres nos serviços de saúde. Compete, também, aos médicos de família se envolverem mais com essas atividades, tendo em vista a grande inserção na comunidade e a confiança que se pode despertar nas mulheres para que elas se convençam da necessidade de realizar o exame preventivo. Faz-se necessário ainda, garantir: a equidade do acesso ao serviço; a realização de campanhas específicas e de educação em saúde, para mulheres de maior risco; a capacitação dos profissionais de saúde, em especial dos agentes comunitários de saúde, que são o elo entre a comunidade e a Estratégia Saúde da Família.

## Referências

1. CASTRO, L.F. **Exame Papanicolaou: o conhecimento das mulheres sobre o preventivo e a estratégia do PSF no combate ao câncer de colo de útero** – Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba – MG, 2010.
2. PROENÇA, D.; SZEKIR, M. APS 2003-2010: superação e batalhas diárias. **Revista Brasileira Saúde da Família**, número 27: p.32-50, jul./dez 2010.
3. OLIVEIRA DE, 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**, p. 325-334, 2006.
4. DAVIM, R, M, B, *et al* Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. **Revista Escola de Enfermagem USP**, P. 296-302, 2005.
5. LOPES, E. R. *et al* Comportamento da população feminina em relação ao câncer cérvico-uterino, **Biblioteca Virtual de Saúde, base de dados LILACS**, Nov/dez 1995. Disponível em: [HTTP://bases.bireme.br](http://bases.bireme.br) Acesso em 20 de junho de 2011.
6. NOVAES H. M. D.; BRAGA P. E.; SHOUT D.; **Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras**, PNAD 2003. *Ciênc. saúde coletiva* v.11 n.4 Rio de Janeiro out./dez. 2006
7. DUAVY L. M. *et al*. **A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso**. *Ciênc. saúde coletiva* v.12 n.3 Rio de Janeiro maio/jun. 2007
8. DA CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO R. P.; A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde e Sociedades**, v.17, n.2, São Paulo abr./jun. 2008, SCIELO, *versão impressa* ISSN 0104-1290
9. MERIGHI 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**. *Rev. esc. enferm. USP* v.36 n.3 São Paulo set. 2002, SCIELO, *versão impressa* ISSN 0080-6234.



10. CAETANO R. *et al.* Custo–efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. *Physis* v.16 n.1 Rio de Janeiro jan./jul. 2006, **SCIELO**, *versão impressa* ISSN 0103-7331.
11. AMORIM V. M. S. L. *et al.*; Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nov, 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/07.pdf>>. Acesso em 15 de janeiro de 2011.
12. ALBUQUERQUE K. M. DE *et al.*; Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.25 supl.2 Rio de Janeiro 2009, *Print version* ISSN 0102-311X.
13. HACKENHAAER A. A., CESAR J. A., DOMINGUES M. R. **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**, pag 103 – 111, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v9n1/08.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2011.
14. PINHO A. A. *et al.*, Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo, **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, supl.2, Rio de Janeiro 2003, *versão impressa* ISSN 0102-311X.
15. CESAR, J.A. *et al.* Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, v.19 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2003, *versão impressa* ISSN 0102-311X.
16. DOMINGOS, A. C. P., *et al.* Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de auto-cuidado à saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde** 2007; 6 (Suplem. 2):397-403. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. Acesso em 13 de janeiro de 2011.
17. FERREIRA, M. L. S. M.; Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Escola de Enfermagem Anna Nery Revista Enfermagem** 2009 abr-jun; 13 (2): 378-84. Disponível em: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20092/artigo%2018.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2018.pdf). Acesso em 13 de julho de 2011.
18. DIAS A. M. A. *et al.* Fatores Relacionados A Não Realização Do Exame Preventivo De Papanicolaou Em Mulheres Na Faixa-Etária De 25 A 60 Anos. Disponível em:

- [http://www.faesfpi.com.br/v3/artigos/papanicolaou\\_mulheres.pdf](http://www.faesfpi.com.br/v3/artigos/papanicolaou_mulheres.pdf). Acesso em 13 de julho de 2011.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**, Rio de Janeiro 2011.
  20. Rastreamento Câncer do Colo do Útero, **AÇÕES DE CONTROLE**, pag 86-89.
  21. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, Informação Detecção Precoce. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/inform.deteccao precoce.pdf>. Acesso em 07 de outubro de 2011.
  22. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, Programa Nacional de Controle do Câncer. Disponível em:  
[http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/](http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/). Acesso em 07 de outubro de 2011.
  23. KLIGERMAN, J. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Falando Sobre o Câncer Do Colo Do Útero**, pag 1-67.
  24. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não transmissíveis**. Detecção precoce de câncer de colo do útero e mama, Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003.
  25. NORMAS E RECOMENDAÇÕES DO INCA - NORMS AND GUIDELINES, Prevenção e Controle de Câncer, **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002, 48(3): 317-332.
  26. NORMAS E RECOMENDAÇÕES DO INCA – NORMS AND RECOMMENDATIONS, Periodicidade De Realização Do Exame Preventivo Do Câncer Do Colo Do Útero, **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002, 48(1): 13-15.
  27. RAFAEL, R. M. R., MOURA. A. T. M. S.. Barreiras na realização da colpocitologia oncológica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 26(5):1045-1050, mai, 2010.
  28. CARVALHO, M. C. M. P., QUEIROZ, A. B. A. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. Escola Anna Nery vol. 14, n. 3, Rio de Janeiro, jul-set 2010 – versão impressa ISSN 1414-8145

29. Estimativa 2010 – Incidência de Câncer no Brasil. **Ministério da Saúde/INCA**. Rio de Janeiro 2009.
30. Monitoramento das Ações de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama - **Informativo Detecção Precoce. INCA**. Outubro a Dezembro / 2010 / n 4.
31. 5 FEPEG - FORUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSAO E GESTAO. Cancer do colo de utero: um problema de saude publica, MOREIRA T. S. *et al*, setembro 2011, Montes Claros.
32. Saude da Familia – DAB <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>.
33. Plano de acao, atividade 21. **Planejamento e avaliacao das acoes em saude**. Portfólio de Mariana dos Anjos Corrêa do Curso de Especializacao em Saude da Familia, Nescon UFMG.
34. CAETANO, R., CAETANO, M. M. . Custo-efetividade no rastreamento do cancer cervico-uterino no Brasil: Um Estudo Exploratorio. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: [www.inca.gov.br/inca/Arquivos/HPV/relatorios do estudo HPV.pdf](http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/HPV/relatorios_do_estudo HPV.pdf) Acesso em 07 de outubro de 2011.
35. DIAS, A. M. D. A. et al. **FATORES RELACIONADOS A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DE PAPANICOLAOU EM MULHERES NA FAIXA-ETÁRIA DE 25 A 60 ANOS**.
36. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.
37. Rodrigues Neto, Eleutério. **A Reforma sanitária e o SUS**.