

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

NATÁLIA APARECIDA ROCHA

**BAIXA ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE
RIO PARANAÍBA-MG**

UBERABA- MINAS GERAIS

2013

NATÁLIA APARECIDA ROCHA

**BAIXA ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE
RIO PARANAÍBA-MG**

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

Orientador: Prof. Mário Dias Corrêa Júnior

UBERABA- MINAS GERAIS

2013

NATÁLIA APARECIDA ROCHA

**BAIXA ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE
RIO PARANAÍBA-MG**

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

Orientador: Mário Dias Corrêa Júnior

Banca Examinadora

Prof. Dr. Mário Dias Corrêa Júnior (orientador)

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte: em 15/01/2013

*Dedico este.trabalho aos meus pais
que estiveram ao meu lado
em todos os momentos e
ao meu namorado Rafael
que sempre me apoia
e me incentiva.*

*“Não vai demorar que passemos adiante
uma grande e bela ciência, que
faz arte em defesa
da vida.” (1928)*

RESUMO

O câncer do colo do útero é um grande problema de saúde pública, sendo de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o segundo tipo de câncer mais incidente no Brasil entre as mulheres. Apesar desta estatística, sabe-se que o câncer do colo do útero possui diagnóstico, tratamento e prevenção bem definidos e de fácil acesso. No entanto, o desconhecimento e resistência em realizar o exame Papanicolau são grandes, gerando índices de câncer do colo do útero cada vez maior na faixa etária de 25 a 59 anos. Neste sentido, o presente estudo objetivou realizar revisão da literatura nacional com vistas à detecção dos motivos que levam as mulheres a não realização do exame citopatológico e propor estratégias para mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos do município de Rio Paranaíba aderirem ao exame preventivo. Trata-se de uma revisão narrativa com busca de produção no SciELO. A amostra constituiu-se de 10 artigos e mostrou que os principais fatores que interferem na realização do exame preventivo são de origem cultural, falta de conhecimento sobre a importância e forma de coleta do exame. No que tange ao município de Rio Paranaíba, detectou-se que não cumpriu a meta de coleta de exame preventivo exigida pelo programa saúde em casa. As leituras do material deste estudo possibilitaram pensar e criar estratégias para a melhoria na adesão das mulheres ao preventivo do câncer do colo do útero.

Palavras chave: Exame Preventivo. Câncer do Colo do Útero. Exame Papanicolau.

ABSTRACT

Cervical cancer is a major public health problem, and according to the National Cancer Institute (INCA), the second most frequent type of cancer among women in Brazil. Despite this statistic it is known that the cancer of the cervix has diagnosis, treatment and prevention well defined and readily accessible. However, unknowingly and resistance to perform the Pap smears are important, generating higher rates of cervical cancer at 25 to 59 years. The present study aimed to review the literature to understand the reasons that lead to non-completion of the examination and propose strategies for women aged 25 to 59 years of Rio Paranaíba to adhere to screening. It is an integrative review search of the Scientific Electronic Library Online (SciELO). The sample consisted of 10 items and showed that the main factors that affect the implementation of preventive screening are of cultural origin, lack of knowledge about the importance and how is the collection of the exam. The municipality of Rio Paranaíba did not fulfill the goal of collecting preventive tests required by the home health program. Therefore, we analyzed the strategy for improving adherence and learn more about the preventive screening and cervical cancer, resulting in greater adherence to examination.

Keywords: Preventive Exam. Cervical Cancer. Pap Smear.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA	13
2	OBJETIVOS.....	14
4	METODOLOGIA	15
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
5.1	Política de prevenção do câncer do colo do útero.	16
5.2	Política do Programa Saúde em Casa	18
5.3	Exame e câncer do colo do útero.....	18
5.4	HPV como agente etiológico.....	20
5.5	Motivos para não realização do exame preventivo	21
5.6	A situação da prevenção do câncer de colo uterino no município de Rio Paranaíba ..	23
6	PROPOSTAS DE AÇÃO.....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

O município de Rio Paranaíba está localizado na região mineira do Alto Paranaíba, uma região famosa pela agricultura. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), realizado em 2010, a população do município é estimada em 11.885 habitantes, com uma extensão territorial de 1.352,353 Km², oferecendo uma vida tranquila, com economia dinâmica e comércio diversificado.

Atualmente, o município possui uma rede de atendimento à saúde, sendo: um hospital (público); uma clínica com algumas especialidades (particular), três programas de saúde da família (sendo dois na zona urbana e um na zona rural), estando mais um em fase implantação; e um pronto atendimento municipal, localizado junto ao hospital municipal (Rio Paranaíba, 2012). Contempla, desta forma, a hierarquização dos serviços de saúde conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), no artigo 198 da Lei Orgânica de Saúde de 1990 (BRASIL, 1990).

Com a missão de prestar serviços abrangendo a promoção e a prevenção à saúde, o programa saúde da família (PSF) atua com uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade adscrita (BRASIL, 2012).

Como enfermeira do PSF Olhos D' Água há dois anos, venho me deparando com situações importantes principalmente referentes à saúde da mulher, especificamente, a baixa adesão ao exame citopatológico.

Verifico grande desinteresse da população feminina quanto ao exame preventivo sendo que também demonstram pouco conhecimento sobre o câncer do colo de útero.

Algumas vezes no ano, aproveitamos o espaço que temos na rádio local para falar um pouco do exame, mas isso não é o bastante.

Percebo que há grandes cobranças das Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) para a busca ativa de mulheres. Contudo, é perceptível, também, que o

trabalho de orientação e educação para comunidade está deficiente. Os principais motivos desses trabalhos não acontecerem, verbalizados por todos da equipe de saúde, são: “falta de tempo e a população não participa”.

O PSF rural, também encontra vários fatores dificultadores para coleta do exame preventivo: é apenas uma enfermeira para toda a zona rural, a qual comparece em cada comunidade uma vez na semana, por um curto período. Algumas comunidades ainda não possuem sala que ofereça condições para coleta do exame citopatológico e, muitas vezes, o deslocamento da paciente até o local para ser atendida é, praticamente, inviável.

Como parte de nossa população (PSF's urbanos) trabalha na zona rural ou em empresas o horário de atendimento do PSF coincide com o horário de trabalho das mulheres. Na busca de equacionar esse problema, o PSF Olhos D' Água já tentou estender o horário de funcionamento da unidade de saúde para atendê-las, porém, sem êxito. Acreditamos que faltou divulgação por parte da equipe e persistência.

Diante desse contexto, deparamos com baixa cobertura do exame citopatológico entre as mulheres de 25 a 59 anos no município de Rio Paranaíba.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2012), o câncer de colo do útero é o segundo mais incidente no Brasil na população feminina.

Sabe-se que o câncer do colo do útero possui diagnóstico, tratamento e prevenção bem definidos e de fácil acesso a toda população feminina.

2 JUSTIFICATIVA

Por trabalhar em uma unidade básica de saúde há dois anos, realizando coleta do exame Papanicolau e encontrando muitas dificuldades em atingir a população feminina para coleta do exame, resolvi investigar as principais causas que as impossibilitam de realizar o citopatológico e buscar novas estratégias para que possamos atingir a faixa etária que o programa saúde em casa estabelece, uma vez que essas mulheres, de 25 a 59 anos, são as que possuem maior susceptibilidade a desenvolver o câncer do colo do útero.

Apesar de estar descrito anteriormente que a cobertura feita pelo PSF Olhos D' Água é para mulheres entre 25 a 59 anos, não estamos conseguindo atingir efetivamente esta faixa etária para trabalhar a prevenção em saúde, papel de extrema importância que deve ser realizado pelo Programa Saúde da Família.

Em 2011 o Ministério da Saúde instituiu novas diretrizes para faixa etária no rastreamento do câncer de colo do útero, onde irá abranger mulheres com idade de 25 a 64 anos. A ampliação da faixa etária está relacionada ao aumento da expectativa de vida das brasileiras, que hoje já é de 76 anos. Esta nova proposta tem como meta reduzir os casos e a mortalidade causada pelo câncer do colo do útero (BRASIL, 2012)

2 OBJETIVOS

Realizar revisão da literatura nacional com vistas à detecção dos motivos que levam as mulheres a não realização do exame citopatológico.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica. Para busca dos artigos realizou-se pesquisa no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Utilizaram-se os descritores: exame citopatológico, exame Papanicolauou, exame preventivo.

Como critérios de inclusão, optou-se por artigos publicados em português e com recorte temporal dos últimos nove anos. Desta forma, após leitura dos resumos, foram selecionados 10 artigos que atendiam ao objetivo deste estudo.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Política de prevenção do câncer do colo do útero.

No Brasil, o controle de câncer do colo do útero iniciou-se em 1940 com a chegada da citologia e da colposcopia (BRASIL, 2011).

Em 1956, para atender os casos de câncer de mama e de colo do útero, Juscelino Kubitschek fundou o centro de pesquisa Luiza Gomes de Lemos, atualmente integrado ao Instituto Nacional do Câncer (INCA). Em Campinas, em 1968, José Aristodemo Pinotti organizou um programa de controle do câncer do colo do útero em parceria com a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), somente para a cidade e região. Já em 1970, João Sampaio Goes iniciou um programa semelhante, abrangendo vários municípios de São Paulo, contando com a Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia, onde hoje funciona a Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) e no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) (BRASIL, 2011)

No que tange as outras regiões do Brasil também foram realizadas outras iniciativas em dimensões menores. Somente em 1972 e 1975 foi que o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que abrangia todos os tipos de câncer, mas com enfoque no rastreamento do câncer do colo do útero. O programa de controle de prevenção do câncer do colo do útero consolidou-se a partir do programa de saúde materno infantil em 1977, sendo que sua expansão se deu a partir de 1990 ((BRASIL, 2011)

Em 1984, implantou-se o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que se destinava aos serviços básicos de saúde oferecendo às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero. Houve baixa cobertura do programa, porém foi de grande valia, pois, introduziu e estimulou a coleta do citopatológico como procedimento de rotina nas consultas ginecológicas ((BRASIL, 2011)

O Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que em 1986 elaborou o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, buscou a identificação de ações necessárias para controle desse câncer. Visou a integração entre os programas existentes e a comunidade, ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia, articulação da atenção primária com os serviços de níveis secundário e terciário para o tratamento (BRASIL, 2011)).

Uma grande contribuição do PRO-ONCO foi a realização da reunião nacional, em 1988, conhecida por “Consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cervicouterino” ((BRASIL, 2011. p.17)

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. O INCA tornou-se responsável pela formulação da política nacional do câncer, juntamente com o PRO-ONCO.

Em 1996 devido ao elevado número de óbitos causados pelo câncer do colo uterino o INCA, atendendo solicitação do MS, elaborou um projeto-piloto chamado “Viva Mulher”, destinado mulheres na faixa etária de 35 e 49 anos. Foram produzidos protocolos para a padronização da coleta de material e para conduta frente às alterações diagnosticadas. Implantou-se também a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer. Por ser projeto-piloto restringiu-se a alguns estados brasileiros, porém, com base nas experiências, expandiu-se por todo país o Programa Nacional de Controle do Colo do Útero – Viva Mulher (MINAS GERAIS, 2012)

Em 1998, o MS implantou o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, por meio da Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998. Em 23 de junho de 1999 a coordenação do Programa foi transferida para o INCA de acordo com a Portaria GM/MS nº 788/99. Em 1998 também instituiu o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) com a função de monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30 de agosto de 1999) (BRASIL, 2002)

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005). No Pacto pela Saúde em 2006, foi reafirmada importância da detecção precoce dessas neoplasias, sendo realizada a

inclusão de metas como indicadores na pactuação de estados e municípios, visando melhor desempenho destas ações (BRASIL, 2011.)

Atualmente as principais estratégias do SISCOLO baseiam-se na disponibilização do exame citopatológico (Papanicolaou) para as mulheres entre 25 e 59 anos de idade, tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos, bem como monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas suas diferentes etapas (BRASIL, 2002)

Porém, mesmo com todas essas iniciativas e avanços o Brasil ainda tem como desafio reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero (BRASIL, 2002)

5.2 Política do Programa Saúde em Casa

O Programa Saúde em Casa foi estabelecido em abril de 2005 visando ampliar e fortalecer o Programa Saúde da Família (PSF). Foi organizado a partir de equipes multiprofissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, as quais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias. Este programa tem como prioridade a promoção da saúde e a prevenção de doenças, sendo que o PSF é um importante aliado na realização das metas para melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2010).

De acordo com a Secretaria do Estado de Minas Gerais, 2010, as metas propostas são: cobertura populacional da estratégia saúde da família, % de recém nascidos com a cobertura de 7 ou mais consultas pré-natal, cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade, razão de exames citopatológico cervicovaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo (MINAS GERAIS, 2010)

5.3 Exame e câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero é considerado um problema de saúde pública e atinge todas as classes sociais. De acordo com o INCA, o câncer de colo do útero é o segundo tumor mais frequente na população feminina no Brasil.

Davim *et al.* (2005) relatam que o câncer de colo do útero é uma doença progressiva caracterizada por lesões cervicais intraepiteliais de desenvolvimento lento e com etapas bem definidas. Para Domingos *et al.* (2007), o desenvolvimento

desse tipo de câncer leva até 14 anos para sua evolução total, inicialmente apresentando alterações mínimas nas células, denominadas displasias. Quando não tratadas a doença tem perfil evolutivo e em média, com três anos após a descoberta da displasia, já se apresenta como tumor carcinoma *in situ*. Na ausência de tratamento, por um período de mais seis anos, torna se invasivo, denominado carcinoma invasor. Ao atingir os 14 anos sem tratamento, após descoberta da displasia, este se torna grave levando à metástase.

No entanto, o combate ao câncer do colo do útero tem avançado após confirmação de sua etiologia – a infecção pelo vírus HPV (NAKAGAWA, SCHIMEN, E BARBIERI, 2008)

As principais causas desse tipo de câncer estão associadas às baixas condições socioeconômicas, início da atividade sexual precoce, multiplicidade de parceiros sexuais, higiene genital inadequada, tabagismo (relacionado diretamente ao número de cigarros fumados/dia) e uso prolongado de anticoncepcionais orais (DOMINGOS *et al.*, 2007).

Bento *et al.* (2010), a esse respeito, abordam também os antecedentes familiares, agentes físicos, baixa ingestão de vitaminas, multiparidades e infecções genitais de repetição.

No que tange à prevenção primária do câncer de colo do útero é indispensável o uso do preservativo masculino ou feminino em todas as relações sexuais, visto que, a infecção causada pelo vírus HPV está presente em 90% dos casos. Já na prevenção secundária contamos com o exame citopatológico (exame Papanicolau) para detecção precoce da doença e tratamento imediato (DOMINGOS, *et al.*, 2007).

O exame preventivo (Papanicolau) é de grande importância para saúde da mulher por ser um procedimento que leva à detecção precoce de lesões pré invasivas, auxiliando na diminuição da mortalidade pelo câncer do colo do útero. (SILVA *et al.*, 2006 *apud* FERREIRA, OLIVEIRA, 2010).

O exame Papanicolau é conhecido internacionalmente, é prático, indolor, barato, oferecido em todas as unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e o mais adequado. Este exame consiste em coleta da ectocérvice e endocérvice do colo do útero, utilizando a escovinha e a espátula de Ayre. O material é fixado em uma lâmina de vidro, separando a parte interna e a parte externa do esfregaço que foi colhido e acondicionado em um frasco de plástico. Para

manutenção das células o esfregaço pode ser acondicionado em álcool absoluto ou com o spray fixador (CORREA, 2012)

De acordo com o INCA (2012), as diretrizes de rastreamento do câncer de colo do útero estabelecem que o Papanicolau deve ser oferecido as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual. É priorizada esta faixa etária devido a maior incidência de lesões de alto grau e passíveis de tratamento.

Santos *et al.* (2009) abordam que a Organização Mundial de Saúde (OMS), baseada em estudos epidemiológicos, afirma que mulheres com resultados normais ou alterações benignas em dois anos consecutivos, podem realizar o exame em intervalo de três anos. O INCA (2012) também ressalta que mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas devem realizar o exame logo após início das atividades sexuais, com periodicidade semestral consecutiva em dois anos. Após dois resultados normais consecutivos, o exame poderá ser realizado anualmente.

5.4 HPV como agente etiológico

Souto *et al.* (2005) relatam que o Papilomavírus Humano (HPV) pode infectar tanto mucosas quanto tecidos cutâneos. As diferenças presentes entre os tipos de HPV benignos ou malignos é que classificam se o HPV é de baixo ou alto risco oncogênico.

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente pelo HPV, especialmente o HPV-16 e o HPV-18, os quais são responsáveis por 70% dos cânceres cervicais (INCA 2011). No entanto, a infecção pelo vírus HPV pode ser transitória e regredir espontaneamente entre seis meses a dois anos após a contaminação (IARC, 2007 *apud* BRASIL, 2011) Em alguns casos, onde a infecção persiste, poderão ocorrer lesões precursoras intra epiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma *in situ*. Nesses casos, a partir da identificação e tratamento adequadoS previne-se a progressão para o câncer cervical invasivo (WHO, 2008b *apud* BRASIL, 2011)

De acordo com o INCA (BRASIL,2011) grande parte das infecções por HPV são assintomáticas e transitórias, tanto no homem quanto na mulher. Geralmente, as infecções pelo HPV apresentam lesões microscópicas ou ausência de lesões, sendo denominada infecção latente. Estima-se que somente cerca de 5% das pessoas infectadas pelo HPV desenvolverão alguma forma de manifestação.

A infecção pode manifestar de forma clínica ou subclínica, sendo que as lesões clínicas se apresentam como verrugas ou lesões exofíticas, denominadas condilomas acuminados, com aspecto de couve-flor e tamanhos variáveis. Nas mulheres podem aparecer no colo do útero, vagina, vulva, região pubiana, perineal, perianal e ânus. Nos homens podem aparecer no pênis (geralmente na glande), bolsa escrotal, região pubiana, perianal e ânus. Essas lesões também podem aparecer na boca e na garganta em ambos os sexos (BRASIL, 2011).

No que tange as infecções subclínicas, podem ser encontradas nos mesmos locais e não apresentam nenhum sintoma. No colo do útero são chamadas de Lesões Intra-epiteliais de baixo grau/neoplasia intra-epitelial grau I (NIC I), que refletem apenas a presença do vírus, e de lesões intra-epiteliais de alto grau/neoplasia intra-epitelial graus II ou III (NIC II ou III), que são as verdadeiras lesões precursoras do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011).

A transmissão pelo HPV na região genital deve-se ao contato direto com a pele ou mucosa infectada, relação sexual sem o uso de preservativo (masculino ou feminino), incluindo contato oral-genital, genital-genital, manual-genital. Desta forma é possível o contágio mesmo não havendo penetração vaginal ou anal (SOUTO *et al.*, 2005; I BRASIL, 2012)

No que tange a prevenção, mesmo sendo recomendado o uso de preservativo em todas as relações sexuais, este não protege totalmente da infecção pelo HPV, visto que a infecção não está presente somente na vulva ou pênis. Outra forma de prevenção é a vacina contra HPV indicada para homens e mulheres de 9 a 26 anos, de acordo com o tipo de vacina. Porém são mais indicadas para meninas que ainda não iniciaram a vida sexual e encontradas apenas na rede particular. (BRASIL, 2012)

5.5 Motivos para não realização do exame preventivo

O estudo realizado por Pinho e França Junior (2003) destaca que países desenvolvidos aderiram satisfatoriamente ao exame citopatológico, enquanto que países em desenvolvimento como o Brasil, a técnica de rastreamento não é eficaz apresentando baixa cobertura. As causas seriam: difícil acesso geográfico aos serviços de saúde, problemas e custos com transporte, condição e posição socioeconômica da mulher, desigualdades de gênero, classe, raça, valores culturais e normas sociais. Também foram observados fatores como: medo de receber o

resultado positivo, grau de conhecimento a respeito da doença e dos métodos de prevenção, resistência a mudar hábitos para prevenção do contágio pelo vírus HPV, desconforto psicológico e físico, experiências prévias negativas, mau atendimento.

Para Silva *et al.* (2008), os principais fatores que impedem as mulheres de realizar o exame são: desinformação, falta de costume de se prevenir contra doença, dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde (UBS), proibição por parte dos maridos, medo de sentir dor ou vergonha.

Em estudos realizados por Ferreira e Oliveira (2006), as mulheres referiram não ter realizado o exame preventivo devido à falta de tempo, não ter relação sexual, muitos afazeres que “são” mais importantes (mães, dona de casa...), não conhecimento da finalidade do exame, desconhecimento dos fatores causadores do câncer do colo do útero, mistificação de que o câncer não tem cura.

Ao analisar a faixa etária, o número de filhos, escolaridade e fatores socioeconômicos entre outros, Novaes *et al.* (2003) observaram que: o exame era realizado com maior frequência de acordo com a faixa etária, decrescendo na faixa etária de 40-49 anos. Mulheres que têm filhos também fizeram o exame, enquanto que as que não possuem o realizam com menor frequência ou nunca o realizaram. As mulheres casadas realizam mais que as solteiras. Quanto às variáveis socioeconômicas, foram observadas prevalências crescentes de acordo com o grau de escolaridade - quanto maior o nível de instrução, maior a adesão ao exame, assim como condições financeiras e mulheres que residem na zona urbana.

Domingos *et al* (2007) realizaram um estudo com mulheres trabalhadoras de uma confecção para verificar os motivos que as impossibilitam de realizar o exame citopatológico, encontrando os seguintes resultados: baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, faixa etária jovem, comodismo, timidez, indisponibilidade das UBS's.

5.6 A situação da prevenção do câncer de colo uterino no município de Rio Paranaíba

Após leitura e maior conhecimento a respeito dos dados nacionais relativos à baixa adesão das mulheres ao exame preventivo, achamos pertinente mostrar a situação de nossa área de atuação.

De acordo com o cálculo da razão de exames citopatológicos pelo programa Viva Mulher, a meta pactuada em Rio Paranaíba, de acordo com a população (2853 mulheres) é 16% /ano, devendo, portanto, realizar 456 exames/ano (BRASIL,2012).

No que tange os dados disponibilizados pelo programa Viva Mulher (cálculo da razão do exame citopatológico cérvico vaginal) , de julho de 2011 a junho de 2012, verificou-se que foram realizados pelas mulheres, na faixa etária de 25 a 59 anos, 444 exames, não atingindo, no entanto, a meta proposta pelo programa saúde em casa.

6 PROPOSTAS DE AÇÃO

De acordo com as causas que impossibilitaram as mulheres a não adesão ao exame preventivo de câncer do colo do útero, foi realizado uma reunião com a equipe de saúde objetivando elaborar ações para o alcance dos resultados almejados e propostos pelo Ministério da Saúde, para rastreamento do câncer do colo do útero e o cumprimento das metas propostas pelo Programa Saúde em Casa. Juntamente com a secretária de saúde, a coordenadora da atenção básica de saúde e enfermeiras atuantes nos PSF's, propomos:

- Implantação do fichário rotativo.
- Implantação do protocolo de prevenção ao câncer de colo do útero.
- Desenvolver capacitação para agentes comunitárias de saúde sobre práticas educativas, conteúdo técnico sobre o câncer do colo do útero e formas de abordagem com as mulheres.
- Aumentar o trabalho educativo: realizar palestras como foco na prevenção e diagnóstico precoce em escolas, empresas e fábricas, se possível criando parceria com as mesmas.
- Realizar agendamentos em horários para que as mulheres que trabalham fora de casa possam realizar o exame sem que seja necessário faltar do trabalho.
- Para o PSF rural, melhorar a infra-estrutura de alguns postos de saúde e oferecer a enfermeira condições para que ela fique mais tempo em cada comunidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos estudos abordam a importância da realização do exame preventivo para detecção precoce do câncer do colo do útero devido às maiores chances de tratamento e cura. Porém, a realidade apontada pelo Ministério da Saúde nos apresenta baixa adesão ao exame, interferindo na detecção e tratamento precoces.

Este estudo permitiu que a equipe de saúde do município de Rio Paranaíba conhecesse melhor a sua realidade perante os cuidados prestados à saúde da mulher onde, apesar da meta exigida pelo programa saúde em casa ser baixa (apenas 16% das mulheres de 25 a 59 anos), esta ainda não foi atingida.

As equipes reconhecem a importância da promoção, prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, no entanto, ficou claro que é necessário implantar algumas estratégias para que as mulheres possam conhecer mais sobre o exame e o câncer do colo uterino.

Assim, estas estratégias são imprescindíveis e responsabilidades dos PSF's, onde uma equipe multiprofissional está envolvida para trazer melhor qualidade de vida, promoção e prevenção bem como cumprimento das metas propostas pelo Ministério da Saúde.

Reconhecendo, portanto, a importância dessas estratégias é que elaboramos a proposta de ação a ser implantada e desenvolvida pelo PSF Olhos D' Água.

REFERÊNCIAS

BENTO, Paulo Alexandre Souza São.et al. O Câncer do Colo do Útero como Fantasma Resistente a Prevenção Primária e Detecção Precoce. **Rev. de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**. v.2,n.2, p. 776 – 786, abr/jun 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 23 de setembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde amplia faixa etária para rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Portal da Saúde. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default..> Acesso em: 28 dezembro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer do Colo do Útero-Prevenção**. Rio de Janeiro: INCA, 2012a. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uteroprevencao. Acesso em 23 de setembro de 2012.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2012b. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterodeteccao_precoce. Acesso em 19 de outubro de 2012.

BRASIL. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. **Viva Mulher. Câncer do colo do útero: Informações técnico – gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

CORRÊIA, M. A. Fatores associados à baixa cobertura da citologia oncológica e cervical e o papel da Atenção Primária. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012 .p. 1-27.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Conhecimento de Mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 39, n 3. p. 296-302, 2005.

DOMINGOS, Andréia Cristine Pizani. et al. Câncer do Colo do Útero: Comportamento Preventivo de Auto-Cuidado à Saúde. **Rev. Ciência Cuidado e Saúde**. v.6, n. 2. p :397-403. 2007.

FERREIRA, M. L.; OLIVEIRA, C.; Conhecimento e Significado para Funcionárias de Indústrias Têxteis sobre Prevenção do Câncer do Colo-Uterino e Detecção Precoce do Câncer da Mama. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. v. 52, n.1.p. 5-15. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Rio Paranaíba (MG)**. 2010. Acesso em 16 de setembro de 2012.

MINAS GERAIS. **Programa Saúde em Casa**. 2012a. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa. Acesso em 9 de Novembro de 2012.

MINAS GERAIS. **Prevenção do Câncer de Colo do Útero e Mama de Minas Gerais**. Programa Viva Mulher. 2012b. Disponível em: http://www.mg.vivamulher.com.br/downloads/saude_em_casa_201107_201206.pdf. Acesso em: 22 de outubro de 2012.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 672 de 19 de maio de 2010**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2010- Acesso em 9 de Novembro de 2012.

NAKAGAWA, J. T. T.; SCHIMEN, J.; BARBIERI, M.; Vírus HPV e o Câncer de Colo de Útero. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n.2 ,p.307-311. mar/abr 2010.

NOVAES, H. M. D.; BRAGA, P. E. ; SCHOUT, D. Fatores Associados à Realização de Exames Preventivos para Câncer nas Mulheres Brasileiras, PNAD 2003. **Rev.Ciência e Saúde Coletiva**. v.11, n.4, p. 1023-1035. 2006.

PINHO, A.A.; FRANÇA JUNIOR, I.. Prevenção do Câncer de Colo do Útero: Um Modelo Teórico para Analisar o Acesso e a Utilização do Teste de Papanicolaou. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**. v.3, n.1 , p. 95-112, jan/mar. 2003.

SANTOS, M.L.; MORENO, M.S.; PEREIRA, V. M.; Exame Papanicolau: Qualidade do Esfregaço Realizado por Alunos de Enfermagem. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. v.1, n.1, 55, p.19-25. 2009.

SOUTO, R. et al. O Papilomavírus Humano: Um Fator Relacionado com a Formação de Neoplasias. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 2, p. 155-160. 2005.

SILVA, Silvio Éder Dias. Representações Sociais de Mulheres Amazonidas sobre o Exame Papanicolau: Implicações para Saúde da Mulher. **Rev. Enfermagem**. v. 12, n. 4 , p. 685-692. 2008.

