

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

**TATIANY DE ARAÚJO FONSECA**

**BAIXA ADESÃO AO CITOPATOLÓGICO: revisão de literatura**

**POMPÉU/MG**

**2013**

**TATIANY DE ARAÚJO FONSECA**

**BAIXA ADESÃO AO CITOPATOLÓGICO: revisão de literatura**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Eliana Aparecida Villa.

**POMPÉU/MG  
2013**

**TATIANY DE ARAÚJO FONSECA**

**BAIXA ADESÃO AO CITOPATOLÓGICO: revisão de literatura**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Eliana Aparecida Villa.

**Banca Examinadora**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Eliana Aparecida Villa (orientadora)

Prof<sup>a</sup>. Dra Matilde Meire Miranda Cadete.

Aprovada em Belo Horizonte, 29/11/2013.

Dedico este trabalho aos meus pais, Noé e Marina, pelo apoio e carinho de sempre.

Ao meu amor Bruno, pela compreensão e amor incondicional.

Aos meus irmãos Adilson e Márcio, pelo incentivo e respeito. Aos meus “filhotes”, pelos sorrisos e alegrias.

Em especial, a minha tutora Eliana, por acreditar em meu trabalho e ter compartilhado seus conhecimentos comigo. Por vocês, o desejo de crescimento e superação se tornou uma constante.

## RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF), foi oficializado pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional, voltado apenas para a cura das doenças. A nova estratégia está centrada na família e no ambiente ao seu redor, buscando uma assistência integral e contínua; desenvolvendo ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Dentre estas ações encontra-se a realização do exame citopatológico. Este estudo teve como objetivo realizar um levantamento bibliográfico na literatura nacional sobre a relevância do exame citopatológico para a saúde das mulheres. Para o desenvolvimento do trabalho foi feita uma revisão bibliográfica narrativa, utilizando-se os descritores: PSF, Papanicolau, câncer de colo do útero, adesão e enfermagem. Os estudos demonstram que a neoplasia maligna do colo uterino é a terceira em incidência entre as mulheres e responsável por cerca de 275 mil óbitos/ano no mundo. Dentre os fatores de risco para esta neoplasia encontram-se o início da atividade sexual precoce, multiplicidade de parceiros, gestação precoce, multiparidade, exposição ao Papilomavírus Humano (HPV), infecção por HIV, baixo nível sócio econômico e deficiência nutricional. As razões para explicar a falta de adesão ao citopatológico são as mais variadas como: vergonha, medo do exame em si pelo fato de sentir dor e desconforto, medo de receber resultado positivo para o câncer, dificuldade de marcação de consulta, ausência de queixas ginecológicas e desconhecimento sobre o câncer, a técnica e a importância do exame preventivo. Portanto, é importante destacar a necessidade de ações educativas, nas quais o enfermeiro deve divulgar informações à população no que refere fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce, orientando comportamento e hábitos saudáveis. Essas atividades educativas são a base para o êxito no processo de prevenção, uma vez que, muitas mulheres devido a costumes e valores não se reconhecem como importantes neste processo.

**Descritores:** PSF. Papanicolau. Câncer de colo do útero. Adesão. Enfermagem.

## ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) was officially recognized by the Ministry of Health in 1994, with the goal of reorganizing care practice in new bases and criteria. Replacing the traditional model, aimed only for the healing of diseases. The new strategy is focused on the family and the environment around them, seeking a comprehensive and continuous care, developing health promotion, prevention, protection and recovery of health. Among these actions is the Pap smear testing. This study aimed to conduct a literature survey on the literature on the importance of cervical cancer screening for women's health. For the development of the work was done a literature review narrative, using descriptors: FHP, Pap smears, cervical cancer of the uterus, adherence and Nursing. Studies show that malignant cervical cancer is the third in incidence among women and accounts for about 275,000 deaths/year worldwide. Among the risk factors for this cancer are: to early onset of sexual activity, multiple partners, early pregnancy, multiparity , exposure to human papillomavirus (HPV) , HIV infection , low socioeconomic and nutritional deficiency . The reasons for the lack of adherence to Pap are varied as: shame, fear of the exam itself because of pain and discomfort, fear of receiving a positive result for cancer, difficulty appointment scheduling, absence of gynecological complaints and lack of knowledge about cancer, the technique and the importance of screening. Therefore, it is important to highlight the need for educational activities in which the nurse must disclose information to the population as regards risk factors, prevention and early detection, guiding behavior and healthy habits. These educational activities are the basis for success in the prevention process, since many women due to customs and values are not recognized as important in this process.

**Keywords:** FHP. Pap smears. Cervical cancer of the uterus. Adherence. Nursing

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVO.....	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

## 1 INTRODUÇÃO

O PSF (Programa de Saúde da Família) foi oficializado pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios. Substituindo o modelo tradicional, voltado apenas para a cura das doenças, a nova assistência está centrada na família e no ambiente ao seu redor, o que possibilita as equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (DUNCAN, SCHMIDT EGIUGLIANI, 2005).

O PSF é uma estratégia que busca atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde (ROSA e LABATE, 2005). Apresenta como princípios organizativos, os mesmos relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS): acessibilidades, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular (DUNCAN, SCHMIDT E GIUGLIANI, 2005).

Esta estratégia acompanha diversos grupos, realizando ações nas áreas de saúde da criança, do adolescente, da mulher, adulto, idosos, hipertensos e diabéticos, tuberculosos, hansenianos, entre outros.

No entanto, para ampliar e fortalecer o PSF, foi criado em 2005 o Programa Saúde em Casa, elaborado a partir de equipes multiprofissionais atuantes e responsáveis pelo acompanhamento das famílias adscritas. Por meio dos recursos deste programa, obras, qualificações de pessoal, compra de equipamentos médicos e de material de consumo puderam ser realizados.

O projeto foi criado após a evidenciação dos seguintes aspectos em relação ao modelo de atenção básica ofertado: limitação quantitativa e qualitativa de recursos humanos, oferta tímida de medicamentos, ausência de diretrizes clínicas, fragmentação da rede de assistência; privilegiamento das condições agudas em relação às crônicas; fragilidade gerencial nas unidades, processo de educação permanente fragmentado, carência de controle social e restrita infra-estrutura física (MINAS GERAIS, 2009).

Portanto, o programa, através do desenvolvimento de ações de incremento qualitativo da infraestrutura, equipamentos e processos de trabalho da atenção



primária direciona as equipes de saúde para evitar que estas trabalhem de forma vaga sem estabelecer prioridades no atendimento da população (MINAS GERAIS, 2010).

O sistema de saúde de Minas Gerais, salvo algumas exceções, encontrava-se com uma atenção à saúde fragmentada voltada para as condições agudas e com baixa resolubilidade e qualidade na atenção primária culminando com longas filas de espera e altos números de internações por causas sensíveis. Para encarar tais problemas, a Secretaria de Estado da Saúde se deslocou para mais próximo dos cidadãos e construiu um novo caminho que se iniciava com um planejamento local. Foi então criado o Plano Diretor da Atenção Primária como uma estratégia de implantação do projeto estruturante do governo, o Saúde em Casa (MINAS GERAIS, 2008).

O Saúde em Casa, com sua estratégia do Plano Diretor da Atenção Primária, numa atuação com cooperação dos três níveis de governo, objetiva dar um choque de qualidade na atenção primária à saúde de Minas Gerais. Ele veio para facilitar a implantação das redes de atenção às mulheres e às crianças (Viva Vida), de atenção às urgências e emergências, de atenção às doenças do aparelho circulatório e diabetes (Hiperdia) e de atenção aos idosos (Mais Vida). Além disto, o projeto visa melhorar a qualidade e fazer com que estas redes trabalhem interligadas e não fragmentadas; substituindo a concepção hierárquica vertical pela poliorquia horizontal. (MINAS GERAIS, 2008).

Os indicadores de resultados do Programa são: ampliar a cobertura populacional do Programa Saúde da Família, aumentar a cobertura de exame citopatológico cérvico-vaginal entre as mulheres de 25 a 59 anos, ampliar a cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal, assim como a cobertura vacinal da terceira dose da vacina tetravalente, em menores de um ano de idade. Os municípios interessados em receber o incentivo assinam um contrato de gestão com o Estado onde são pactuadas as metas a serem alcançadas, no ano seguinte, em relação aos indicadores cobrados.

Atendendo uma das propostas pactuadas no Programa Saúde em Casa, Martinho Campos oferece 100% de cobertura de PSF. Entre as cinco unidades estabelecidas, o PSF 5, equipe onde atuo, foi inaugurado em Maio/2011 e é

responsável pelos bairros Alto São Francisco, Bambé, São Jorge e parte do Centro. Além dos povoados, Barra, Logradouro e Pontal.

O território da área é composto, na maior parte, por relevo plano, solo do tipo latossolo vermelho escuro, com textura média e argilosa. Sua vegetação é caracterizada pelo serrado e pela plantação de eucalipto. O clima é predominantemente tropical. A área é banhada pelo rio Picão, rio São Francisco e rio Pará, nos seus limites com Ibitira, com Abaeté e com Pompéu.

Existe na área de abrangência o córrego Bambé, onde é drenado o esgoto da cidade. A população utiliza água do Rio Picão para uso doméstico, o que pode comprometer a sua saúde.

A economia da área é gerada por meio da pecuária de leite e com grandes áreas de reflorestamento de eucalipto, com a finalidade de produção de madeira e carvão. Além disso, existem os trabalhadores do comércio local e granjas.

Na área, existe o Clube do União, com academia; área de lazer com campo de areia; Parque de exposições e a praça Marechal Deodoro, onde concentra alguns bares. Além disto, existem duas casas noturnas, um Motel e uma casa de recuperação de álcool e drogas (Fazendinha).

Existem ruas asfaltadas e calçadas, mas ainda existem muitas ruas sem pavimentação. A BR 262 corta parte da área adscrita e dá acesso ao trevo da cidade com saída para Pompéu, Abaeté e Pitangui, com várias linhas de ônibus.

Tem-se 688 famílias com acesso a rede de esgoto, 147 que ainda utilizam fossas e 01 família que têm seu esgoto a céu aberto (zona rural).

Segundo a classificação de risco familiar temos: 415 famílias sem risco, 263 famílias baixo risco, 152 famílias médio risco e 11 famílias alto risco.

Durante a realização da disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS, FARIAS e SANTOS, 2010), tive a oportunidade de desenvolver o diagnóstico situacional do PSF, utilizando dados epidemiológicos e demais dados da equipe. Dentre os vários problemas elencados, foi priorizada a baixa cobertura de exames citopatológicos, observada no descumprimento da meta de realização de Papanicolau de no mínimo 33% das mulheres com faixa etária entre 25 a 59 anos.

Analisando esta baixa cobertura de citopatológicos e correlacionando com a morbidade e mortalidade causada pelo câncer de colo do útero, torna-se necessário

a efetivação de medidas de intervenção pela equipe. O enfermeiro como membro e líder desta equipe, deve planejar e realizar em conjunto estas intervenções; contribuindo, para a redução dos riscos e danos às mulheres assistidas.

No entanto, para a realização de intervenções é necessário aprofundar e obter fontes de conhecimento a cerca do problema elencado.

Neste sentido, o colo é o terço inferior do útero, com forma cilíndrica é revestido por dois tipos de epitélios: escamoso e glandular. O desenvolvimento do câncer de colo do útero pode ocorrer em um ou em ambos os epitélios. O câncer de colo do útero representa um grave problema de saúde pública, uma vez que é considerado o segundo tumor mais comum nas mulheres. Sua incidência é maior em zonas urbanas que em rurais, além de ser mais freqüente em países em desenvolvimento. (DUNCAN, SCHMIDT, GIUGLIANI, 2005; RIBEIRO JUNIOR, 2011).

Estão relacionados como fatores de risco para o câncer de colo do útero a desinformação, pobreza, pouco acesso a controles periódicos, precocidades de relações sexuais, múltiplos parceiros, gravidez precoce, multiparidade, doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo, anticoncepcionais orais, radiação prévia, deficiência de vitaminas A, C e E; Herpes Simples tipo II e Papilomavírus humano (DUNCAN, SCHMIDT E GIUGLIANI, 2005).

A prevenção do câncer de colo do útero acontece através da realização do exame citopatológico cervical (Exame Papanicolau) e da redução à exposição aos fatores de risco; compreendendo o sexo seguro, hábitos alimentares saudáveis e cessação do tabagismo (PONTES, 2012).

Apesar da possibilidade de detecção precoce por meio de exame citopatológico cervical, o câncer de colo uterino é ainda o segundo câncer mais comum entre mulheres, e foi responsável por mais de 250 mil mortes no mundo em 2005, sendo que cerca de 80% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, onde a maioria dos casos foi diagnosticada como doença localmente avançada ou metastática. (ALVES, GUERRA e BASTOS, 2009).

No Estado de Minas Gerais, Brasil, o câncer foi a segunda causa de morte entre mulheres no ano de 2006, sendo precedido apenas pelas doenças do aparelho circulatório. Entre as neoplasias malignas conhecidas, o câncer de colo de útero apresentou-se como a sexta causa de morte no sexo feminino. Em relação ao número de casos novos, a taxa de incidência ajustada por

idade pela população mundial para o ano de 2000 em Belo Horizonte foi de 31,98 casos por 100 mil mulheres para o câncer de colo de útero e de 3,92 casos por 100 mil mulheres para o câncer de útero porção não especificada 20. (ALVES, GUERRA e BASTOS, 2009, p 1694).

Considerando a magnitude desta neoplasia em termos de incidência e mortalidade e seu conseqüente impacto epidemiológico, social e no setor de saúde brasileiro, justifica-se o estudo deste tema, uma vez que é uma doença de evolução lenta e passível de cura em quase 100% dos casos, além de sua prevenção ser de fácil acesso para as mulheres e de baixo custo.

## **2 OBJETIVO**

Realizar um levantamento bibliográfico na literatura nacional sobre a relevância do exame citopatológico para a saúde das mulheres.

### 3 METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão bibliográfica narrativa sobre a relevância e adesão do exame citopatológico para a saúde das mulheres.

A pesquisa bibliográfica é aquela desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 2002).

A revisão narrativa não apresenta as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Elabora-se, basicamente, análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas, na interpretação e análise crítica pessoal do autor. Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual (BERNARDO, 2004).

Foram consultadas na Biblioteca virtual da UFMG, as bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e livros de referência.

Como descritores foram utilizados os seguintes termos: PSF, Papanicolau, câncer de colo do útero, adesão e enfermagem.

A pesquisa teve como idioma limitador, o português. O período de busca foi livre, priorizando estudos recentes, com marco temporal compreendido de 2002 a 2012.

Após o levantamento dos dados, realizou-se uma leitura criteriosa e reflexiva dos resumos e selecionados os artigos relacionados ao tema e objetivos proposto, ou seja, aqueles cujo conteúdo apresentasse a relevância do exame citopatológico para a saúde das mulheres.

Foi realizada a análise e discussão de dados de artigos que apresentassem a situação da saúde da mulher em relação ao câncer de colo do útero, bem como a baixa adesão ao citopatológico.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

O colo ou cérvix é o terço inferior do útero, com contorno cilíndrico é revestido por dois tipos de epitélios: escamoso e glandular. Nas mulheres nulíparas apresenta-se com 2 a 3 cm de largura. O desenvolvimento do câncer de colo do útero pode ocorrer em um ou em ambos os epitélios. O mais habitual é o surgimento do carcinoma epidermóide, iniciado no epitélio metaplásico (zona de transformação) e precedido por lesão precursora: neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) ou lesão intra-epitelial escamosa (SIL) (DUNCAN, SCHMIDT E GIUGLIANI, 2005; SMELTZER *et al.*, 2009).

Estes epitélios, ao sofrerem transformações intra epiteliais progressivas, podem evoluir para uma lesão cancerosa invasiva em um período de 10 a 20 anos. Na maior parte dos casos, a evolução do câncer de colo do útero é lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis (MATOS, 2011).

O estudo da cérvix e da citologia vaginal iniciou-se com o médico grego Geórgio Papanicolau, que em 1917 descobriu como ocorria o processo de ovulação. Em 1923, ele sugeriu o uso de seu método de citologia esfoliativa para o diagnóstico de câncer cervicouterino em mulheres. Nessa época, o seu método não foi aceito, perante as grandes resistências sociais. Além das mulheres constrangidas pela exposição do corpo, muitos pais e maridos proibiam a realização do exame. Outra barreira encontrada foi a Igreja, que considerava o exame uma maneira profana e demoníaca de exposição do corpo feminino (CARVALHO e QUEIROZ, 2010).

Contudo, Papanicolau persistiu em suas investigações e em um estudo iniciado em 1925, em Nova York, encontrou células alteradas em uma mulher com câncer cervicouterino, sendo assim, a primeira observação de células cancerosas em secreções da cérvix.

Após varias realizações de citologia esfoliativa em um serviço de ginecologia, Papanicolau verificou além dos diagnósticos de neoplasias cervicouterinas, alterações celulares em fases muito iniciais, o que levou sua técnica a ser considerada uma excelente ferramenta para a detecção precoce do câncer cervical. Foi neste contexto que surgiu o conceito preventivo do exame, com intuito de

identificar precocemente alterações celulares que podem evoluir para o câncer de colo do útero (CARVALHO e QUEIROZ, 2010).

A introdução do exame Papanicolau, no Brasil, ocorreu no fim da década de 50 e início dos anos 1960, de forma incipiente e com baixa cobertura, não se constituindo, a princípio, como uma prática coletiva. Passou por dificuldades culturais e sociais, como em outros países. No entanto, por este período ter sido marcado por grandes revoluções comportamentais e tecnológicas o exame teve certa aderência das mulheres e da sociedade como um todo (ALVES, GUERRA e BASTOS, 2009; CARVALHO e QUEIROZ, 2010).

Com a criação, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal brasileira em 1988, foram desenvolvidas iniciativas mais amplas voltadas para o combate ao câncer de colo do útero. Em 1997 foi desenvolvido o Programa Nacional de Rastreamento do Câncer Cervical, incorporado ao Programa Viva Mulher, com ações direcionadas, especialmente, às mulheres na faixa de 25-59 anos, com ênfase para aquelas com 35-49 anos. Em Minas Gerais, a implementação deste Programa, possibilitou a implantação do Sistema de Informação do Câncer de Colo Uterino (SISCOLO), importante recurso de avaliação e planejamento, e a intensificação da capacitação específica para o exame preventivo de Papanicolau, priorizando o treinamento das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), em municípios com cobertura inferior a 70% de exames preventivos e com população superior a 10 mil habitantes 30. (ALVES, GUERRA e BASTOS, 2009).

A neoplasia maligna do colo uterino é a terceira em incidência entre as mulheres e responsável por cerca de 275 mil óbitos/ano no mundo. É duas vezes mais frequente em países subdesenvolvidos devido à presença de alguns fatores de risco, dentre eles a exposição aumentada ao Papilomavírus humano (HPV) pela iniciação sexual precoce e multiplicidade de parceiros sexuais (GOMES *et al.*, 2012).

Nas mulheres da África, Ásia e América Central este câncer é o mais comum, onde as taxas de incidência são superiores a 30 por 100 mil mulheres, o que resulta em aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo (TEIXEIRA, VALENTE e FRANÇA, 2012).



Apesar da possibilidade de detecção precoce por meio de exame citopatológico cervical, o câncer de colo uterino é ainda o segundo câncer mais comum entre mulheres, e foi responsável por mais de 250 mil mortes no mundo em 2005, sendo que cerca de 80% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, onde a maioria dos casos foi diagnosticada como doença localmente avançada ou metastática. (ALVES, GUERRA e BASTOS, 2009).

Em 2010, o câncer de colo, que representa 12,0% dos tumores femininos, foi responsável por mais de 200 mil mortes no mundo. Como descrito anteriormente a maior parte dessas mortes ocorreu nos países em desenvolvimento, onde os casos foram diagnosticados em fase avançada da doença, ou como doença metastática (TEIXEIRA, VALENTE e FRANÇA, 2012).

O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) registrou, no Brasil, no período de 2003 a 2007, 22.394 óbitos por câncer do colo uterino. Neste mesmo período, a ocorrência do câncer do colo do útero se concentrou principalmente em mulheres acima dos 35 anos, já a mortalidade prevaleceu na faixa etária de 45 a 64 anos de idade (ZAPPONIL e MELOLL, 2010).

As taxas de mortalidade apresentadas pelo Ministério da Saúde, de uma série histórica que contempla dados de 1979 a 2005, mostram ajustes por idade que passaram de 4,97 para 5,29 por 100.000 mulheres, o que representa um incremento de 6,4% em 26 anos (THULER, 2008).

Em 2009, o câncer de colo do útero foi responsável pela morte de 5.063 mulheres no país, o que representou uma taxa bruta de mortalidade de 5,2 por 100 mil mulheres (TEIXEIRA, VALENTE e FRANÇA, 2012).

No entanto, apesar de ser o segundo tumor mais frequente nas mulheres brasileiras, o Ministério da Saúde apresentou dados evidenciando variações regionais. Na Região Norte, o câncer de colo uterino é o mais comum, com 24,3% de todos os casos de câncer feminino, ao passo que, na Região Sudeste, ele é o terceiro tumor mais frequente, com 7,8% do total de casos novos nas mulheres. Nas capitais dos Estados da Região Norte, a sua incidência estimada é de 39,6 casos por 100 mil (BRASIL, 2010).

Além da maior incidência, a Região Norte possui também a maior taxa de mortalidade por câncer de colo do útero comparada às demais, seguida da Região

Nordeste e Centro-Oeste. A distribuição espacial da taxa de mortalidade deste câncer revelou uma concentração maior no Rio de Janeiro, Amazonas, Pará, Rio Grande do Sul e Sergipe (ZAPPONIL e MELOLL, 2010).

No Estado de Minas Gerais, Brasil, o câncer foi a segunda causa de morte entre mulheres no ano de 2006, sendo precedido apenas pelas doenças do aparelho circulatório. Entre as neoplasias malignas conhecidas, o câncer de colo de útero apresentou-se como a sexta causa de morte no sexo feminino. Em relação ao número de casos novos, a taxa de incidência ajustada por idade pela população mundial para o ano de 2000 em Belo Horizonte foi de 31,98 casos por 100 mil mulheres para o câncer de colo de útero e de 3,92 casos por 100 mil mulheres para o câncer de útero porção não especificada 20. (ALVES, GUERRA e BASTOS, 2009, p 1694).

O câncer de colo do útero é uma doença que acomete, na maioria das vezes, os grupos com maior vulnerabilidade social, os quais têm as maiores dificuldades de acesso à rede de serviços de detecção e tratamento precoce da doença. Estas barreiras advêm de dificuldades geográficas e econômicas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (MATOS, 2011).

Dentre os fatores de risco para adquirir o câncer de colo do útero, alguns estão relacionados ao estilo de vida da mulher, como: o início da atividade sexual precoce, multiplicidade de parceiros, gestação precoce, multiparidade, exposição ao Papilomavírus Humano (HPV), infecção por HIV, baixo nível sócio econômico, deficiência nutricional e infecção cervical crônica. Já, dentre os cofatores de risco do câncer de colo do útero estão: alterações das condições imunológicas, alterações nutricionais, fumo, exposição ao sêmen contaminado e uso de contraceptivos orais (RIBEIRO JUNIOR, 2011).

Evidências epidemiológicas demonstraram que a infecção pelo vírus do HPV é causa necessária, mas não suficiente, para a ocorrência do câncer do colo do útero, uma vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intra-epiteliais, faz-se necessária, além da persistência do HPV, a sua associação com os outros fatores de risco, que devem contribuir para persistência e integração deste vírus no DNA das células infectadas (AYRES e SILVA, 2010; COSER *et al.*, 2012; MATOS, 2011).

A maioria dos casos de câncer de colo do útero são causados por um dos 13 tipos do HPV reconhecidos como oncogênicos pela International Agency for

Research on Cancer (IARC). Destes, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18 (MATOS, 2011).

De acordo com Matos (2011), é necessário intervir, através da prevenção e promoção da saúde da mulher, sobre os fatores de risco que elas estão expostas, incentivando hábitos de vida saudável, como: estímulo ao sexo seguro, alimentação equilibrada, cessação do tabagismo, atividades físicas regulares e não consumo de bebidas alcoólicas. Além disso, é importante a busca ativa por mulheres em situação de risco e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, para que as informações possam chegar a todas as mulheres.

O câncer do colo do útero, além de ser o tipo de câncer que pode ser evitável, é responsável por mortes de mulheres, que se encontram na fase produtiva, vinculadas ao mercado de trabalho e no auge da sua maturidade como mulher. Essas perdas podem ser preveníveis, sem grandes ônus para os serviços de saúde e ainda com o uso de tecnologias de baixa densidade (BRASIL, 2002; OLIVEIRA, 2011).

Essa neoplasia por ser uma patologia de evolução lenta e progressiva, é considerada de fácil diagnóstico e prevenção.

O diagnóstico e tratamento precoce das lesões precursoras, ou seja, as neoplasias intra epiteliais e das tumorais invasoras em seus estágios iniciais, caracteriza-se como o método mais eficiente de controle do câncer de colo do útero quando a cura é possível em quase 100% dos casos (DEUS, 2011). No entanto, 70% das mulheres apresentam a doença em estágio avançado na primeira consulta, diminuindo a possibilidade de cura (RIBEIRO JUNIOR, 2011).

No Brasil, a principal estratégia utilizada para esta detecção precoce é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora de mulheres sexualmente ativas, conhecido popularmente como exame preventivo do colo do útero, o exame Papanicolau. Este exame consiste em um método seguro, sensível e de baixo custo (DEUS, 2011; MATOS, 2011).

A eficácia do rastreamento da neoplasia aumenta quando o intervalo de tempo entre um preventivo e outro diminui. Isto torna menos provável que algum tipo de lesão intra epitelial progressiva não seja diagnosticada (DEUS, 2011).

Para que a realização do Papanicolau seja efetiva, é necessário que a equipe de saúde esteja capacitada em fornecer informações pertinentes às ações de controle do câncer de colo do útero. Além disso, a mulher deve ser acolhida de maneira segura e com suas subjetividades respeitadas, o que irá estabelecer uma relação de confiança entre ela e a equipe, permitindo o total acompanhamento na unidade (MATOS, 2011).

Para as mulheres que desenvolvem o câncer de colo do útero existem algumas formas de tratamento, que variam de acordo com o estado da doença e tamanho do tumor. As terapêuticas mais comuns são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia.

O tratamento cirúrgico oferece muitas vantagens, dentre elas o estadiamento clínico. Além disso, a exeresse cirúrgica previne ou diminui outras complicações e possibilita a prevenção dos ovários e da integridade do terço médio e distal da vagina, uma vez que o procedimento é conservador à radioterapia (RIBEIRO JUNIOR, 2011).

Considerando que o melhor tratamento é a prevenção, faz-se necessário compreender os motivos pelos quais as mulheres não aderem ao Papanicolau. As razões para explicar o problema da falta de adesão são as mais variadas, entre elas, os fatores culturais, sociais, econômicos, comportamentais, sexuais bem como a própria organização dos serviços públicos de saúde.

As práticas da prevenção do câncer do colo do útero representam um importante desafio de Saúde Pública. Percebe-se que apesar dos grandes avanços na saúde da mulher no Brasil, ainda encontramos muitas mulheres que pouco sabem sobre a importância de realizar o Papanicolau. Muitas, ainda realizam o exame por medo ou devido a uma queixa ginecológica, não reconhecendo assim a verdadeira finalidade da sua realização (MATOS, 2011).

Corroborando, em uma revisão integrativa, Pontes (2012) apresenta vários motivos pelos quais as mulheres não realizam o preventivo, como: vergonha ao expor ser corpo, medo do exame em si pelo fato de sentir dor e desconforto, medo de receber resultado positivo para o câncer, dificuldade de marcação de consulta, ausência de queixas ginecológicas e não ser solicitado pelo médico

Além disso, muitas mulheres apresentam uma idéia de sofrimento em relação ao exame, que muitas vezes pode chegar a mutilação parcial ou total da mulher, alterando a visão que a mulher tem de si mesma como mulher, um ser social, e como reprodutora, um ser fisiológico.

Observa-se, também, que o resultado final do exame muitas vezes é mais temido do que o procedimento em si e a técnica utilizada (XAVIER e TERRENGUI, 2006).

Além da vergonha, do constrangimento e outros fatores relacionados, muitas mulheres demonstraram desconhecimento sobre o câncer, a técnica e a importância do exame preventivo (CASTRO, 2010). Compreendem o exame de prevenção de forma incompleta e equivocada. Buscam-no mais pelo aspecto curativo do que pelo preventivo. Isso ocorre devido à falta de informação, que gera conhecimento insuficiente sobre a temática. O exame é visto de forma imperativa, não revelando uma real preocupação com a prevenção, devido à forma mecanicista como é divulgado pela mídia e indicado por muitos profissionais de saúde (PONTES, 2012).

Igualmente, para Xavier e Terrengui (2006), ainda é precária a divulgação das utilidades dos exames preventivos, além da ausência de motivação apresentada pelas mulheres. Isto leva o profissional à uma reflexão sobre estratégias para a melhora desta condição.

Neste sentido, é necessário profissionais capacitados e responsáveis que conheçam de fato a realidade onde atuam. O enfermeiro como um dos principais responsáveis pela equipe deve planejar ações voltadas à promoção da saúde da mulher, principalmente para a adesão destas ao exame preventivo. Este profissional é responsável pelo gerenciamento da saúde coletiva e dos cuidados prestados através da assistência sistematizada e personalizada as necessidades e expectativas de saúde de cada mulher (DEUS, 2011; MATOS, 2011).

Ao discorrer sobre câncer de colo do útero, é necessária uma abordagem sobre o que mais dificulta a realização do Papanicolau, visando elaborar estratégias que favoreçam o conhecimento das mulheres sobre a importância do exame.

Caracterizado como o profissional responsável pelo processo educativo na equipe, o enfermeiro deve divulgar informações à população no que refere fatores

de risco, ações de prevenção e detecção precoce, orientando e adotando para si modelos de comportamento e hábitos saudáveis.

Porém, a mudança de comportamento das mulheres só irá ocorrer na medida em que elas compreenderem a importância do autocuidado para a saúde. Para isso, o enfermeiro precisa estar junto da população, ter vínculo e respeito; saber ouvir, valorizar saberes e refletir juntos não somente impor saberes, respeitar diferenças, conhecimentos, comportamento, hábitos, culturas, meio familiar, crenças e expectativas (MATOS, 2011).

Essas atividades educativas são a base para o êxito no processo de prevenção, uma vez que, muitas mulheres devido a costumes e valores não se reconhecem como importantes neste processo e somente procuram o serviço de saúde quando apresentam sintomas ginecológicos (DEUS, 2011).

Desse modo, verifica-se a relevância do presente estudo para o trabalho das ESF, notadamente, do enfermeiro em seu cotidiano na atenção primária em saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da literatura analisada, pode-se observar que o PSF foi criado com o objetivo de atender a população em seu contexto social desenvolvendo ações de promoção e prevenção. Uma das ações do programa é a realização do exame citopatológico, como estratégia na prevenção do câncer de colo do útero.

Os estudos reafirmam que o câncer de colo do útero é uma afecção progressiva e de desenvolvimento lento, responsável por um número alto de óbitos nas mulheres.

Por meio dos trabalhos analisados foi possível levantar, de forma concisa, dados relevantes como, epidemiologia da neoplasia, fatores de riscos para câncer de colo do útero, compreensão da percepção das mulheres frente o exame Papanicolau e a importância da realização do exame.

O conhecimento sobre o câncer de colo do útero e o exame preventivo ainda é insuficiente para muitas mulheres, o que reforça os altos índices de mortalidade por essa neoplasia no Brasil, caracterizando um problema de saúde pública.

Além disso, as evidências encontradas na literatura demonstram que o enfermeiro é o profissional de destaque na promoção de educação em saúde e na prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero. É notável que o enfermeiro esteja capacitado para criar estratégias que motivem as mulheres a realizarem o Papanicolau e proporcione grupos educativos, com o intuito de difundir o conhecimento.

Sendo assim, o enfermeiro deve resgatar seu papel de educador, fortalecendo as ações educativas e preventivas, proporcionando as mulheres informação e uma assistência humanizada e de qualidade. Com isso, espera-se um aumento na cobertura de exames citopatológicos e conseqüentemente uma redução na mortalidade por câncer de colo do útero.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C.M.M.; GUERRA, M.R.; BASTOS, R.R.. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n.8, p. 1693-1700, 2009.

AYRES, A. R.G.; SILVA, G. A.. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**. v. 44, n.5, p. 963-74, 2010.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Rev Assoc Med Brás**, v.50, n.1: p.1-9, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sumário executivo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. **Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre o câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. INCA. 2002.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CASTRO, L. F.. **Exame Papanicolau: o conhecimento das mulheres sobre o preventivo e a estratégia do PSF no combate ao câncer de colo do útero**. Universidade Federal de Minas Gerais. Uberaba, 2010. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Belo Horizonte, 2011

CARVALHO, M.C.M.P.; QUEIROZ, A.B.A.. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v 14, n.3: p. 617-624, jul/set 2010.

COSER *et al.*. Relação entre fatores de risco e lesão precursora do câncer do colo do útero em mulheres com e sem ectopia cervical. **RBAC**. v. 44, n.1, p. 50-4, 2012

DEUS, C. A.. **O papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero em unidade básica de saúde com equipe de saúde da família**. Universidade



Federal de Minas Gerais. Uberaba, 2011. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Belo Horizonte, 2011.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI E.R.J.. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 471p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas 2002. P 44.

GOMES *et al.*. Câncer Cervicouterino: Correlação entre Diagnóstico e Realização Prévia de Exame Preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.58, n.1, p. 41-45, 2012.

RIBEIRO JUNIOR, J. C. **Limites e possibilidades da atuação do enfermeiro da equipe de saúde da família na prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama na atenção básica à saúde**. Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete, 2011. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Belo Horizonte, 2011.

MATOS, D. O.. **O papel da enfermagem na busca pela adesão das mulheres ao exame de Papanicolau**. Universidade Federal de Minas Gerais. Araçuaí, 2011. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Belo Horizonte, 2011.

MINAS GERAIS. **Políticas de Saúde: guia do participante**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010. 47 p.

MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. Conteúdo: Oficina 10 – Monitoramento e Avaliação. Guia do participante.

MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG, 2008. Conteúdo: Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde. Guia do participante.

OLIVEIRA, S. C.. **Importância da prevenção do câncer de colo do útero para redução da mortalidade em mulheres**. Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete, 2011. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Belo Horizonte, 2011.

PONTES, F. P.. **Adesão das mulheres ao exame de prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa.** Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete, 2012. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Belo Horizonte, 2011.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C.. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência.** (Dissertação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Vol. 3. 1425-27.

TEIXEIRA, R. A.; VALENTE, J. G.; FRANÇA, E. B.. Mortalidade por câncer de colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2004-2006: análise da magnitude e diferenciais regionais de óbitos corrigidos. **Epidemiologia Serviço Saúde.** v. 21, n.4, p. 549-559, out-dez, 2012.

THULER, L. C. S.; Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia.** v.30, n. 5, p. 216-8, 2008

XAVIER, S. P.; TERRENGUI L. C. S.. Práticas, sentimentos e conhecimento de mulheres sobre o Papanicolau. **Rev Enferm UNISA.** v 7, p.53-6, 2006

ZAPPONIL, A. L. B.; MELOLL, E. C.P.. Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo do útero segundo regiões brasileiras. **Revista Enfermagem UERJ,** v.18, n.4, p. 628-31, 2010