

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

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES A RESPEITO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE  
COLO UTERINO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**CORINTO - MINAS GERAIS**

**2011**

**CRISTIANE DINIZ FÉLIX**

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES A RESPEITO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE  
COLO UTERINO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo

**CORINTO - MINAS GERAIS**

**2011**

**CRISTIANE DINIZ FÉLIX**

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES A RESPEITO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE  
COLO UTERINO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo

Banca Examinadora:

Profa. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, 14/04/2011

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar e colocar em minha trajetória pessoas e oportunidades que tornam todos os meus sonhos possíveis. Muito obrigada e amém!

Com toda gratidão possível, reconheço a presença constante e o cuidado da orientadora Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, a quem a palavra mestre confere a mais perfeita denominação, meu carinho e admiração.

À tutora Mariana Véio Nery de Jesus pelo conhecimento compartilhado, pelo incentivo e compreensão nas necessidades e pela paciência nas imaturidades. Sem dúvida um exemplo a ser seguido.

À todos os idealizadores, coordenadores e funcionários da Universidade Federal de Minas Gerais que tornam esse projeto possível e mais rico a cada nova experiência.

Aos colegas de classe com quem aprendi e me divertir nos momentos presenciais.

À minha família, amigos e equipe de trabalho pelo estímulo frente às dificuldades, pela tolerância nas minhas ausências, pela admiração a cada novo conhecimento e vitória. Aos meus avós pelo abrigo para descanso nas viagens, e agora meu avô... que saudade!

A vida é formada por etapas e o término de cada uma serve de incentivo para sempre recomeçar, na busca de novas conquistas. Por isto, este momento representa apenas mais um marco em minha longa caminhada.

## DE MULHER PARA MULHER

“Tu és amiga... Companheira... No mar bravio da vida, marinheira destemida a navegar sobre as ondas oscilantes deste mar...

Comandas seu frágil barquinho...Vais vencendo de mansinho as turbulentas águas da vida, onde fostes inserida pela vida... Corpo delicado... Mão forte...Indicas o rumo... Mudas a sorte... Nesta tua tripla jornada de provedora, mãe, mulher que tão bem sabe o que quer!...

Acordas quando a lua adormece... Dormes quando o tempo acontece...Sem hora... Sem previsão...Quando deixam de solicitar tua atenção!...

Nem sempre compreendida, valorizada, carregas dentro de ti guardada a tua inquestionável intuição... Seta que te dá a direção!...

Da vida, em torno de ti girando, tudo esperas... Como uma dourada esfera envolves o mundo com teu amor profundo!...

Semeias a paz... Sábia e audaz... Com seu jeito eficaz deixas brotar a emoção que sai do teu terno coração!...

Mulher... tu és o amor-perfeito... Sem medos ou pré-conceitos deste multicolorido jardim de amor sem fim!...

E merece de mim esta homenagem, sim!... De mulher para mulheres... Por entender tão bem o que queres!...”

Carmen Vervloet

Assim, dedico este trabalho a mim, mulher ansiosa, inquieta e incansável e a todas as outras mulheres que imprimem sua marca na vida de todos com quem convive, seja pela doçura, pela força, pelo cuidado, pela fé ou simplesmente pela presença constante. Espero que este trabalho resulte em ganhos na vida de todas nós.

## RESUMO

O câncer cérvico-uterino possui etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção definidos. O exame Papanicolaou é um método simples, barato e seguro para a sua detecção precoce e possibilidade elevada de prevenção e cura. O tratamento é eficaz, principalmente nas lesões precursoras. Contudo, verifica-se altas taxas de incidência e de mortalidade pela doença. As mulheres cadastradas na área de abrangência da unidade básica de saúde da família Papa João Paulo II, em que atuou, não aderem às práticas de prevenção do câncer de colo uterino, o que gerou na equipe a inquietação em saber os motivos que levam as mulheres a não realizar o exame citológico. Este trabalho objetivou buscar informações e nomear os fatores que interferem na decisão das mulheres em realizar as ações de prevenção do câncer do colo do útero, para formar conhecimentos que norteiem novas condutas nas ações de saúde das mulheres na unidade em que trabalho. Foi realizada uma revisão bibliográfica, de trabalhos vinculados a Biblioteca Virtual de Saúde, realizados no período de 2000 a 2010. A literatura mostrou que há muitas barreiras que a mulher tem que transpor para fazer a prevenção do câncer do colo uterino, dentre elas a falta de materiais necessários à realização do exame, fatores sócio-culturais, dificuldades de acesso, falta de orientações claras sobre o exame e a falta de humanização no atendimento foram os principais pontos destacados.

**Descritores:** Câncer do colo uterino; HPV; Papanicolaou.

## ABSTRACT

The uterine-cervical cancer has etiology, diagnosis, therapy and prevention well defined. The Papanicolaou test is a simple, inexpensive and safe method for early detection and it also has high possibility of prevention and cure. The treatment is effective, especially in premalignant lesions. However, it can be noticed that there are high rates of recurrence and mortality from the disease. Women enrolled in the area covered by the Basic Unit of Family Health Papa João Paulo II, in which I work, do not go through the practices for the prevention of uterine-cervical cancer. The reasons why women do not perform cytological examination brought an unease feeling to the team. The aim of this project was to gather information and point out the reasons that interfere in the women's decision making of seeking the proper medical procedure to prevent the uterine-cervical cancer, thus directing the steps that should be taken to tackle this problem in the Unit Papa João II. It has been done a bibliographical review, of which the corpus was extract from books on Biblioteca Virtual in Saude ranging from 2000 to 2010. The review has shown that women must overcome a great deal of obstacles, before doing the preventive screening for uterine-cervical cancer, such as the lack of material needed to the exam, socio-cultural issues, trouble in accessing, lack of clear directions about the exam and the lack of humanity from those who perform the exam.

**Key Words:** uterine-cervix cancer, Papanicolaou test, HPV (human papiloma virus).

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>18</b>
<b>4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO</b>	<b>19</b>
4.1 Método	19
4.2 Levantamento de dados	20
4.2.1 População e Amostra	20
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>21</b>
<b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>28</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O ser humano é essencialmente social e assim, sofre influências da cultura do meio onde vive e dos diversos fatores que atuam em seu comportamento. Portanto, o ser humano se faz na sociedade e é feito por ela (PEREIMA, 2010), o que torna fundamental compreendermos o contexto no qual me inseri e que resultou na escolha deste tema e organização do estudo.

Durante a graduação em enfermagem realizei estágios em várias instituições de serviços de saúde tanto na área hospitalar como na rede básica de saúde. Todas as experiências vivenciadas foram fundamentais para a minha formação profissional. A opção pela atenção primária à saúde ocorreu ainda durante a minha formação, por se tratar de uma política mundial com ampla área de atuação para o enfermeiro. Trabalho em equipes de saúde da família desde o término da minha graduação em 2005. Do primeiro trabalho fui dispensada por razões políticas, mas desde julho de 2007 atuo em uma mesma equipe no município de Paraopeba-MG.

A rotina de trabalho me fez curiosa. Ao contrário do que acreditava, descobri que a atuação na atenção primária à saúde exige qualificação e estudo constante a respeito do planejamento e execução de ações, bem como um conhecimento profundo da população adscrita. Assim, no segundo semestre de 2009 participei do processo seletivo para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) e fui selecionada. No primeiro momento houve apreensão com a modalidade a distância, mas confiei na tradição de ética e qualidade de ensino da Universidade Federal de Minas Gerais. No transcorrer do curso verifiquei que essa modalidade coloca o aluno com mais responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem, sendo o tutor um condutor e organizador desse processo.

Quando da realização do módulo Planejamento das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2008), ao realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Papa João Paulo II, unidade básica em que trabalho, identifiquei um grande número de problemas de saúde para os quais fomos orientados a fazer a priorização das questões de maior relevância.

Naquele momento identificou-se a necessidade de intensificar as ações de estímulo a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (PCCU), também conhecido por Papanicolaou. Tal necessidade foi reforçada quando da realização do módulo Saúde da Mulher (COELHO; PORTO, 2009), deparei com a baixa cobertura de exame preventivo nas mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, apesar do serviço ofertar o exame semanalmente por agendamento.

Sabe-se que o câncer cérvico-uterino possui etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidos, com amplo conhecimento sobre formas de detecção e tratamento. A doença possui evolução lenta, num período médio de cinco a seis anos, de forma assintomática no início do desenvolvimento. O tratamento é eficaz, principalmente nas lesões precursoras, quando a cura é possível em praticamente 100,0% dos casos. As características biológicas do câncer do colo do útero e a existência de um método simples, barato e seguro para a sua detecção precoce, o exame PCCU, permitem que seu potencial de prevenção e cura seja elevado (BRASIL, 2006).

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. As razões para explicar esse problema são as mais variadas, entre elas, os fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais, bem como a própria organização dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2006). Tudo isso, realça a necessidade do planejamento de ações para alcance das mulheres com maior risco para a doença, a fim de reduzir as taxas de incidência e mortalidade por câncer uterino.

Reconhecendo a importância de adotar estratégias que resultem numa melhor compreensão do porque as usuárias da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em que atuo não aderem às ações de prevenção do câncer do colo do útero ofertado pelo serviço de saúde, optei por fazer este estudo de revisão bibliográfica para levantar na literatura nacional a produção acerca da concepção das mulheres sobre o exame preventivo de câncer do útero.

## 2 JUSTIFICATIVA

Guarisi, *et al.* (2004) cita dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmando que a cada ano são diagnosticados 470.000 novos casos de câncer do colo do útero e ocorrem aproximadamente 230.000 mortes, dessas cerca de 80% acontecem em países em desenvolvimento.

No Brasil, é o terceiro tipo de câncer mais incidente, numa proporção de 18 mil casos, perdendo apenas para o melanoma e o câncer de mama. Para 2010, são esperados 18.430 casos, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres, sendo que em Minas Gerais, há uma expectativa de 12,93 casos para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2002).

De acordo com os dados publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), as taxas de incidência de câncer de colo do útero são geralmente altas na América Latina. No Brasil, existe uma grande variação nas taxas de incidência, sendo as maiores nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Atualmente, mais de 70% das pacientes diagnosticadas com câncer de colo do útero apresenta a doença em estágio avançado já no início do tratamento, o que reduz a possibilidade de cura. De todas as mortes por câncer em mulheres brasileiras da faixa etária entre 35 e 49 anos, 15% morrem devido ao câncer de colo do útero.

Sabe-se hoje que o surgimento da doença está associado à infecção por um dos 15 tipos oncogênicos do papilomavírus humano (HPV), presente em 90% dos casos. Outros fatores de risco são o tabagismo, a baixa ingestão de vitaminas, a multiplicidade de parceiros sexuais, a iniciação sexual precoce e o uso de contraceptivos orais (BRASIL, 2002).

O tabagismo expõe o corpo a agentes cancerígenos. Acredita-se que tais substâncias danifiquem o genoma das células do colo do útero de forma a facilitar o desenvolvimento da doença. Além disso, a prática do tabagismo também prejudica a eliminação do HPV pelo sistema imunológico. Quanto ao uso de anticoncepcionais, estudos mostraram que o risco desenvolver câncer de colo uterino dobrou no uso da

medicação por mais de cinco anos. Este risco voltou a ser normal após 10 anos sem o uso da pílula (AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER, 2010).

A associação do HPV ao câncer do colo uterino se deu após o patologista George Papanicolaou divulgar o exame, que posteriormente levou o seu nome. O novo exame possibilitava a descoberta de lesões cancerosas nas mulheres. Em seguida, pôde-se associar a vida sexual ativa à presença das lesões. Estudos posteriores relataram que essa associação estava ligada ainda a um agente etiológico, transmitido por via sexual (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Papiloma vírus humano (HPV) são vírus da família *Papillomaviridae*, capazes de provocar lesões de pele ou mucosa, sendo descritos vários tipos. São transmitidos através de contato direto dos genitais e ocasionalmente por sexo oral. Sabe-se que cerca de 50% a 80% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas por um ou mais tipos de HPV, porém a maioria das infecções é transitória, sendo combatida espontaneamente pelo sistema imunológico, principalmente entre as mulheres mais jovens e saudáveis (BRASIL, 2006). Comumente a evolução da infecção pelo HPV resulta em cura espontânea. Sendo assim, é elevado o número de mulheres sexualmente ativas infectadas pelo HPV, porém nessas, é relativamente baixo o índice de lesões cervicais. Quando ocorre a formação de lesões pré-cancerosas, ainda assim, na maioria das mulheres essas desaparecem sem tratamento num período médio de 12 a 24 meses (AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER, 2010).

A persistência da infecção pelo HPV e o desenvolvimento do câncer está relacionado ao tipo de vírus, a persistência da infecção, e evolução das lesões precursoras. Os tipos são classificados de alto a baixo risco conforme o risco epidemiológico, sendo que os de baixo risco são encontrados em condilomas vulvo-genitais e os de alto risco são ligados ao câncer cérvico-uterino (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010). O HPV16, seguido pelo HPV 18, estão presentes em 70% dos cânceres cervicais (ROSA; *et al.*, 2009).

A reprodução do HPV acontece dentro da célula hospedeira. Nas lesões benignas observa-se que o genoma viral se encontra separado dos cromossomas da célula,

como um plasmídeo extracromossômico. Já nas lesões malignas, acontece uma integração entre o genoma viral e os cromossomas da célula hospedeira, podendo dizer que é o evento crucial à carcinogênese (ROSA; *et al.*, 2009). Segundo Nakagawa, Schirmer e Barbieri (2010), a princípio o vírus agrega o seu genoma aos cromossomas das células hospedeiras, gerando alterações morfológicas. A partir daí, há uma desregulação dos fatores de supressão tumoral, e ativação de mecanismos que induzem a carcinogênese das células cervicais.

Esta transformação acontece de forma gradual, precedida por lesões pré-cancerosas. A mudança de lesões precursoras do câncer para o câncer propriamente dito leva vários anos, embora possa ocorrer em menos de um ano (AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER, 2010). A longa fase em que as lesões são pré-invasivas é denominada de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), nas categorias de grau I, II e III, dependendo da espessura do epitélio onde estão as células diferenciadas. Nas fases II e III há maior probabilidade de evolução para o câncer, sendo por isso consideradas as lesões realmente precursoras para o câncer do colo uterino (BRASIL, 2011).

O câncer do colo uterino pode ser prevenido, se for detectado precocemente. Isso quer dizer que é uma prevenção secundária, uma vez que estaria sendo detectada a evolução de possíveis lesões já existentes (OLIVEIRA; PINTO, 2007). A prevenção primária aconteceria mediante ações de orientação quanto a práticas seguras do sexo para evitar a disseminação do HPV, abandono do tabagismo, alimentação saudável, dentre outras práticas de proteção à saúde, o que limitaria instalação da doença.

Estudos ligam a incidência da doença à exposição a fatores de risco e a falta de efetividade de programas de rastreamento, pois o exame preventivo do câncer de colo uterino (PCCU) tem se mostrado útil em reduzir a incidência e mortalidade por essa neoplasia.

Com o rastreamento através do Papanicolaou em mulheres entre 25 e 65 anos, e tratamento adequado das lesões precursoras, estima-se uma redução de até 80% na mortalidade pelo câncer de colo de útero. Para tanto é necessário garantir a

organização, a integralidade e a qualidade do rastreamento, bem como do tratamento das usuárias com a doença (BRASIL, 2006).

A epidemiologia do câncer de colo uterino levou ao desenvolvimento de um projeto inicial denominado Viva Mulher, em 1996, pelo Ministério da Saúde, sob coordenação do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foram estruturados protocolos de atendimento visando mulheres de 35 a 49 anos. Porém o projeto ficou restrito a alguns estados onde foi implementado. Mas a experiência possibilitou a expansão para todo o país já na forma de Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero - Viva Mulher. Foi implantado um sistema de informações para o monitoramento das ações, denominado Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), e os mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como, as competências dos três níveis de governo. Com o fortalecimento da rede de atenção primária à saúde, foi possível aumentar o acesso ao exame Papanicolaou às mulheres. Em 2002 houve uma campanha priorizando as mulheres que nunca haviam feito o exame, ou o fizeram a mais de três anos. Em 2006, por meio do Pacto pela Saúde firmado entre os estados e municípios, foram incluídos indicadores e metas para a qualificação das ações de detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2011).

Com o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade por essa neoplasia, o Ministério da Saúde adotou como norma, a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que propõe a realização do exame citopatológico do colo do útero anual e a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos para mulheres de 25 a 59 anos de idade, ou que já tenham tido atividade sexual (BRASIL, 2006). Esta recomendação teve apóio em um estudo realizado em 1986 pela International Agency for Tesearch on Câncer (IARC), que alegava a mesma eficácia na realização do exame com intervalo de um ano, ou a cada três anos. No estudo com mulheres entre 35 e 64 anos, observou-se após, uma redução da incidência do câncer invasor de 93,5% quando o exame é realizado anualmente; e uma redução de 90,8% quando realizado em intervalos de três anos. Um estudo publicado um ano antes da publicação das novas recomendações da OMS, demonstrava que a proteção conferida por um exame prévio era de 58,0%, subindo para 80,0% quando eram realizados dois exames negativos. Em relação ao público-alvo, estudos da

IARC apontam uma redução de apenas 1,0% na incidência de lesões invasivas quando adiantada de faixa etária de 25 para 20 anos, sendo que o aumento dos exames resultaria em um grande aumento do diagnóstico de lesões de baixo grau, que levaria ao aumento do gasto com procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários, pois são lesões com grande probabilidade de cura espontânea (BRASIL, 2011).

Iniciativas como o Programa Viva Vida e o desenvolvimento de campanhas nacionais sistemáticas tem contribuído para o aumento da cobertura do exame no país. Mas a melhoria acontece de forma fragmentada, pois as ações são isoladas de acordo com a iniciativa dos estados e municípios. A Secretaria de Estado de Minas Gerais publicou a análise de 4.842.548 exames do SISCOLO realizados no período de 2000 a 2004. Desses 139.438 (2,88%) tiveram resultados alterados, para os quais 131.796 (2,72%) as lesões eram benignas e 7.642 (0,16%) malignas. A adesão dos municípios mineiros cresceu de 810 (95,0%) no ano de 2000 para 850 municípios (99,6%) no ano de 2004. Os municípios com até 10.000 habitantes apresentaram os melhores resultados de cobertura, passando de 18,7% em 2000 para 54,0% em 2004 (MINAS GERAIS, 2006).

Considerando que o câncer de colo do útero é uma neoplasia que apresenta elevada taxa de incidência e de mortalidade, passível de detecção precoce e de cura quando realizado diagnóstico em seu início, a equipe de saúde da família em que trabalho adotou como inquietação compreender o que leva a mulher a não fazer o exame citológico, considerando ser uma atividade ofertada pelo serviço, através de agendamento prévio. O serviço ainda se compromete com a entrega do resultado no domicílio da usuária, com data de consulta já agendada para os casos em que o exame apresenta qualquer alteração.

Segundo um levantamento realizado em março de 2010, com a população com a qual trabalho, estão cadastradas **1.328** mulheres entre a faixa etária de **15 a 59** anos. As ações de saúde da mulher se concentram nesta faixa etária, pois a equipe detectou situação de vulnerabilidade devido a práticas sexuais inseguras. Entre a faixa etária específica de **25 a 59** anos, há registro de **1.139** mulheres, alvo prioritário do preventivo cérvico-uterino (PPCU), por se tratar da população envolvida

na meta pactuada pelo Programa Saúde em Casa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Apesar do alto índice de migração populacional, pode-se dizer que não há grandes variações relativas a esse valor.

A equipe em que trabalho, encontra dificuldade para a adesão das usuárias às ações propostas na pactuação estadual. De um modo geral, elas têm melhor aceitação em relação à mamografia, havendo grande procura para realização do exame a partir dos 30 anos. Em relação ao PCCU há grande resistência por parte da maior parte das usuárias. É freqüente retornarem nos anos seguintes após a primeira coleta, mas a meta de realização do exame em 33% das mulheres cadastradas entre 25 e 59 anos, não é cumprida. Outra dificuldade encontrada é a carência em relação aos materiais necessários à realização do PCCU, havendo ao longo dos anos, períodos em que a coleta é suspensa por falta de material.

Pela tabela 01 pode-se visualizar o número de exames citológicos realizados no período de 2008 a 2010 na Unidade Básica de Saúde Papa João Paulo II. O aumento do número de coletas ainda que tímido, é reflexo das ações constantes da equipe de saúde representando uma conquista das usuárias e uma oferta adequada do serviço.

Tabela 01 - Número de exames de Papanicolaou realizado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Papa João Paulo II, no período de 2008 a 2010.

Ano \ Valor	Mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos	Número de exames realizados	%
2008	1112	231	21,0
2009	1151	312	27,0
2010	1139	328	29,0

**Fonte:** Sistema de Informação da Atenção Básica e banco de dados da Unidade Básica de Saúde.

Até o momento, foram descobertas lesões no colo uterino, nos seguintes estágios:

- Em 2008 foi detecção de um caso de NIC I, numa prevalência de 0,4% e um caso de NIC III numa prevalência de 0,4% dos exames realizados;
- Em 2009 foi diagnosticado dois casos de NIC I, numa prevalência de 0,3% dos exames realizados;
- Em 2010 foi diagnosticado um caso de NIC III, numa prevalência de 0,3% dos exames realizados.

A partir desse conhecimento, a equipe tem como preocupação manter uma vigilância constante de forma a garantir o diagnóstico precoce desses tipos de câncer. Para nortear as ações, são consideradas as recomendações do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e as metas municipais pactuadas.

No cotidiano de trabalho da ESF Papa João Paulo II, observou-se que a sensibilização da população feminina para realização do exame, responde bem a divulgação da campanha por meios de comunicação escrita, falado e televisionado. A equipe percebeu ainda que há maior adesão das usuárias ao exame após a primeira coleta na Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF) onde com freqüência os exames são realizados por enfermeiras.

Diante do exposto, reconhece-se como importante adotar estratégias que resultem em conhecimentos complementares sobre a compreensão das usuárias dos serviços de saúde a respeito da importância das ações de prevenção do câncer de colo uterino.

Pretende-se com este trabalho buscar informações sobre o ponto de vista das usuárias dos serviços de saúde e nomear os motivos que poderiam interferir na decisão dessas, em realizar ou não ações de prevenção do câncer do colo do útero, no intuito de formar conhecimentos que permitam nortear novas orientações de conduta nas ações de saúde da mulher na unidade em que trabalho.

### **3 OBJETIVO**

Compreender os fatores que levam as mulheres a aderirem ou rejeitarem a realização das ações de prevenção do câncer do colo do útero.

## 4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Optei por realizar uma revisão bibliográfica pela possibilidade de utilizar conhecimentos científicos acumulados sobre o tema.

A pesquisa bibliográfica é aquela baseada na análise da literatura já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas, imprensa, escrita e até eletronicamente, disponibilizada na internet (SILVA; MENEZES, 2001).

A revisão de literatura/pesquisa bibliográfica contribui para:

- Obter informações sobre a situação atual do tema ou problema pesquisado.
- Conhecer publicações existentes sobre o tema e os aspectos que já foram abordados.
- Verificar as opiniões similares e diferentes a respeito do tema ou de aspectos relacionados ao tema ou ao problema de pesquisa (SILVA; MENEZES, 2001).

### 4.1 Método

Neste estudo foi realizada uma revisão narrativa que segundo Cordeiro, *et al.* (2007) a seleção dos artigos não é rígida e a busca das fontes não é predefinida e pode ser menos abrangente.

A revisão narrativa possibilita o uso de publicações com diferentes metodologias, sem, contudo perder a cientificidade do trabalho a ser realizado.

## 4. 2 Levantamento dos dados

Foram revisados **14** artigos indexados em periódicos nacionais, vinculados à Biblioteca Virtual de Saúde, no período de 2000 a 2010, a partir dos seguintes descritores: **Câncer do colo uterino; HPV; Papanicolaou.**

### 4.2.1 População e Amostra

Foram identificados 637 artigos em português e com o texto completo, assim distribuídos, por descritores:

- HPV → 201
- Câncer do colo do útero → 271
- Papanicolaou → 165.

Desses artigos foram selecionados 14 artigos que atendiam aos objetivos deste estudo.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

O estudo realizado por Feliciano, Christen e Velho (2010) destacou que 63% das mulheres que realizaram o exame papanicolaou em 2007, ocorreu com a finalidade de prevenção, pois sabiam ser possível evitar o agravamento das lesões que resultam no câncer do colo uterino.

Valente, *et al.* (2009) comentam que 81,0% das mulheres relataram já ter ouvido falar no exame e saber do que trata. Para Davim, *et al.* (2005) as mulheres sabem a respeito da importância do exame de Papanicolaou como um meio de prevenir o surgimento do câncer do colo uterino, detectar doenças sexualmente transmissíveis, entre outras doenças do útero. Esses autores destacam também que 85,0% das mulheres identificaram o procedimento como capaz de fazer a detecção da lesão precursora do câncer do colo do útero, permitindo seu diagnóstico precoce, sendo então um exame preventivo do câncer do colo do útero.

Há discordância, porém, quando se observa o estudo de Fernandes, *et al.* (2009), realizado no Nordeste do Brasil, em que apenas 63% das mulheres possuem informações corretas em relação ao exame.

A realização do exame gera um misto de sentimentos que vão do medo, dor, vergonha, desconforto, ansiedade, ao alívio e tranquilidade (PAULA; MADEIRA, 2003). Brito, Nery e Torres (2007) referem que as mulheres apresentam expectativa e desejo de diálogo com o profissional de saúde que realiza o exame.

Para Ferreira (2007), as mulheres em geral têm conhecimento quanto ao modo de realização e a finalidade do exame, porém não serve como estímulo suficiente para superar o medo, a vergonha e o preconceito quanto a efetivação do mesmo.

Muitas mulheres percebem o exame como uma forma de cuidado à saúde dos órgãos genitais e demonstram interesse na realização do Papanicolaou. Elas entendem o risco de desenvolver o câncer de útero. No entanto, algumas só procuram o serviço quando apresentam algum sintoma (DUAVY; *et al.*, 2007).

Ferreira (2007) relata o desconhecimento das mulheres, a falta de encaminhamento por parte dos profissionais de saúde, a ausência de sintomas clínicos, o medo e o constrangimento como barreiras à realização da citologia. O autor vê tais sentimentos resultantes, muitas vezes, pela falta de humanização do cuidado, pois muitos profissionais sujeitam as mulheres a momentos de humilhação ao realizar o exame de forma fria e grosseira, sem levar em consideração sua individualidade e suas necessidades.

Na maioria das vezes o profissional desempenha o trabalho de forma mecânica e corriqueira, voltado apenas para a técnica a ser realizada em um corpo, desconsiderando a mulher com sentimentos, vivências e histórias incutidas naquele corpo (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009). Dessa forma, impõem à mulher a dominação a que já são submetidas pelos pais e companheiros.

Torres, Ribeiro e Machado (2008) observaram que as mulheres com menor escolaridade possuem uma relação muito conflituosa com o médico, possivelmente pelo tipo de atendimento que na maioria das vezes acontece pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em contrapartida, as mulheres com maior nível sócio-econômico geralmente possuem melhor condição econômica, o que confere melhor poder na relação com o médico e a possibilidade de escolha do profissional.

Uma preocupação existe quanto ao preparo necessário à realização da citologia. A mulher deve evitar manter relações sexuais, o uso de duchas vaginais ou medicamentos vaginais nas 48 horas que antecedem ao exame e não estar menstruada no momento da coleta (BRASIL, 2010). Davim, *et al.* (2005) mostram que as mulheres possuem um conhecimento fragmentado o que direciona a uma necessidade de intervenção na educação dessas mulheres, pois pode resultar em problemas tanto na realização do exame quanto nos resultados. Valente, *et al.* (2009) relatam que apenas 65% das mulheres fazem corretamente o preparo para o exame.

A relação que a mulher tem com sua sexualidade, interfere diretamente na maneira como ela reage a um exame que manuseia órgão e a região genital. O sexo tem

fator decisivo na relação do indivíduo consigo e com as pessoas com quem se relaciona. Quando a mulher não é bem orientada, esta exposição dos órgãos genitais pode gerar vergonha e conflitos sociais (DUAVY; *et al.*, 2007).

Esse mesmo autor comenta que a educação familiar repressora no tocante ao sexo tem levado as mulheres a não conhecerem o seu corpo. Apesar dos avanços e da redefinição do papel da mulher na sociedade, essa permanece machista e a mulher ainda é criada para ser servil e obediente, sem direito ao prazer. O questionamento sobre o sexo na maioria das famílias gera constrangimento, com perguntas respondidas de forma vaga ou ignoradas. Com isto, qualquer situação que lide com manipulação de órgãos genitais é tida como imoral.

Segundo Duavy, *et al.* (2007), a posição ginecológica gera desconforto e constrangimento. O profissional é visto como um fiscal e juiz. As mulheres se preocupam com o que o profissional está pensando enquanto realizam o exame. Davim, *et al.* (2005) explicam que a mulher refere sensação de impotência e desproteção ao assumir a posição ginecológica e de se deixar invadir pelo instrumental e pelo toque ginecológico, embora reconheçam como necessário à realização do exame. O corpo exposto, sem defesa, reage de formas silenciosas que o profissional muitas vezes não percebe ou entende (PAULA; MADEIRA, 2003).

Lidando ainda com a relação da sexualidade, a mulher encontra como dificuldade para a realização da citologia a proibição de manterem suas “obrigações sexuais” para com o parceiro (DUAVY; *et al.*, 2007). A submissão histórica da mulher em relação ao homem gera dificuldade de diálogo entre os casais quanto às questões ginecológicas. Tal dificuldade encontra força quando se analisam as campanhas de divulgação dos programas de saúde da mulher, com foco exclusivo nas mulheres. Incluir seus parceiros nesse processo de educação em saúde seria uma forma de também responsabilizá-los pela saúde da sua companheira e mãe dos filhos (CRUZ; LOUREIRO, 2008). Com isto pode-se minimizar problemas conjugais no tocante ao preparo para o exame, e estimular os casais à discussão de forma saudável e sem culpas quando na descoberta de doenças ginecológicas.

Autores estudados afirmam que nervosismo e o medo estão presentes em todas as fases do exame. Elas se preocupam antes da coleta pela ansiedade gerada pelo

método, durante a coleta ao estarem expostas ao profissional e depois da coleta, pelo risco da descoberta de alguma alteração. O câncer possui um estigma doloroso e a possibilidade da sua detecção faz com que muitas mulheres não retornem para buscar o resultado. O simples fato de o profissional adiantar de forma clara sua impressão ao exame clínico, já alivia consideravelmente a tensão da mulher (DUAVY; *et al.*, 2007; FERREIRA, 2007).

Duavy, *et al.* (2007) demonstra que a vinculação das usuárias a uma unidade básica mais próxima de sua residência, muitas vezes tira a oportunidade de escolha do profissional, o que pode gerar a decisão de não realizar o exame.

Tais colocações são reforçadas de forma muito clara por Rafael e Moura (2010), quando observam como barreiras ao exame, o medo do profissional em 31,3% das mulheres, o medo em relação ao resultado do exame em 39,8% das mulheres, vergonha do examinador em 39,8% das mulheres, necessidade de preparo para a realização do exame em 22,4% das mulheres.

Observa-se também que as dificuldades socioeconômicas dificultam o acesso ao exame. Muitas mulheres vão para a consulta levando os filhos por não ter um cuidador disponível. Dificuldade no acesso ao exame, tanto no agendamento, quanto no tempo de permanência na unidade para sua realização são fatores desestimulantes (DUAVY; *et al.*, 2007). O ritmo familiar pode resultar ainda em esquecimento da data agendada conforme observado numa proporção relevante citada por Rafael e Moura (2010).

A dupla jornada feminina no tocante ao trabalho e cuidados familiares, tem limitado o autocuidado da mulher. Para Torres, Ribeiro e Machado (2008) as mulheres geralmente procuram o serviço apenas em épocas de campanhas pelo fato de possibilitar o atendimento em horários diferenciados, na maioria das vezes nos fins de semana.

A baixa escolaridade na faixa etária acima de 30 anos pode ser considerada como fator predisponente ao câncer de colo do útero pelas dificuldades econômicas e a repressão relatadas pelas mulheres (FELICIANO; CHRISTEN; VELHO, 2010). Em

diversos estudos, ligando escolaridade e nível socioeconômico das mulheres há destaque de que quando esses níveis são baixos há uma relação com a alta incidência do câncer de colo uterino.

Duavy, *et al.* (2007) afirma que esta alta prevalência da doença tem uma relação também com baixa procura dos serviços de saúde entre mulheres com menor nível socioeconômico, pois esta condição se associa a falta de acesso aos serviços e questões culturais que resultam em medo e preconceito. Torres, Ribeiro e Machado (2008) comprovam tais afirmações ao apresentar o relato de mulheres com maior nível socioeconômico e de escolaridade afirmando o desconforto provocado pelo exame, mas que este não é uma situação que implique na não realização do mesmo.

Fernandes, *et al.* (2009) relataram que mulheres de classe média, as com maior nível de escolaridade, as solteiras e as usuárias de métodos contraceptivos apresentavam maior adesão ao exame, possivelmente por terem maior acesso às informações e ao exame.

As mulheres questionam ainda quanto à falta de compromisso do serviço em relação ao agendamento e não realização do exame sem aviso prévio. Deve-se considerar que a mulher comparece ao serviço já trazendo sentimentos negativos, e se não é atendida, aumenta o conflito quanto à adesão ao exame (DUAVY; *et al.*, 2007).

Davim, *et al.* (2005) referem que 41,7% das mulheres questionadas responderam que não realizam o exame por medo do diagnóstico do câncer. Para 33,3% das mulheres, a demora na entrega do resultado gerando idas desnecessárias aos centros de saúde, também desestimula a busca do resultado.

É considerável o número de mulheres que não retornam ao serviço para buscar o resultado do exame. Greenwood, Machado e Sampaio (2006) relatam como fatores causais relativos à mulher, para não retornar ao serviço para buscar o resultado do exame, a rotina de trabalho, a falta de condições financeiras para o transporte, fatores pessoais múltiplos e o esquecimento. Já quando tratam de causas relativas ao profissional e ao serviço, observaram a falta de interação entre o profissional e a

usuária, atrasos na liberação do exame, falha de comunicação e dificuldade de agendamento para o retorno. Ao analisar tais motivos, os autores questionaram a importância dada ao exame por parte das mulheres, considerado como não prioritário, pois essas aceitam com tranquilidade as dificuldades do serviço, sem questionar ou buscar outros recursos. No entanto, observaram também que muitas vezes a mulher não é orientada de forma satisfatória quanto à importância do retorno.

Ferreira (2007) afirma ainda que quando a mulher é devidamente informada a respeito da finalidade e importância do exame, os sentimentos desfavoráveis são suprimidos pelo desejo de cuidar de si mesmo.

A mulher tem papel fundamental no núcleo familiar quanto a condutas de saúde, por meio da divulgação de práticas saudáveis de saúde. Sendo assim sua posição positiva em relação a adesão aos métodos preventivos, pode estimular toda a família quanto a aceitação de rotinas de promoção da saúde e prevenção de doenças. No estudo de Paula e Madeira (2003) foram destacadas as falas das mulheres relatando reconhecer a importância do exame e fazê-lo também para servir de exemplo às pessoas com quem vivem e se preocupam.

Segundo Paula e Madeira (2003) foi possível perceber nos depoimentos que as mulheres mostram-se empenhadas em cuidar não só de si, mas também, das pessoas de seu convívio. Cuidar, para essas mulheres, é mais do que um ato: é uma atitude, é compartilhar.

É importante lembrar que em cada experiência a mulher adquire novos conhecimentos e impressões. Sendo assim, o profissional deve estar sempre atento à continuidade desse processo de cativar e educar em saúde. Paula e Madeira (2003) mostram que as enfermeiras têm conseguido oferecer um atendimento diferenciado, e que as mulheres têm sentido e verbalizado satisfatoriamente a sensação de plenitude. O atendimento de enfermagem é um processo que envolve conhecimentos teóricos, habilidades, tecnologias e vivências pessoais buscando a prevenção de doenças, a recuperação e a promoção da saúde considerando a

dignidade e a integralidade humana. A essência da enfermagem é o cuidar, e isto reflete e culmina no atendimento pretendido pelas mulheres.

As autoras apontam que o atendimento atualmente dispensado as mulheres devem ser repensado. A conduta curativa e fragmentada deve ser abandonada uma vez que as vantagens da abordagem preventiva chegaram à consciência de toda a sociedade, trazendo junto à humanização e o vínculo como ponto central da oferta de serviços de saúde qualificados.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da literatura analisada constatou-se que a humanização e a qualidade do serviço de saúde são fatores importantes para a resolução da maior parte dos problemas encontrados. Sentimentos indesejados como medo, dor e humilhação são prontamente superados quando é dispensado à mulher um atendimento cuidadoso, individualizado e com qualidade.

Quando a mulher comparece para a realização do exame, traz com seu corpo uma história escrita por valores, vivências, preconceitos, dúvidas. Um procedimento simples e rotineiro para o profissional é único para a mulher, sendo que a postura do profissional será decisiva na concepção da mulher em relação à continuidade de realização do exame. Os profissionais de saúde devem priorizar o vínculo com a mulher. Esta deve ter liberdade e confiança para expressar suas histórias, suas dúvidas, suas mágoas, para que o profissional possa atendê-la em suas necessidades.

A posição da mulher no mercado de trabalho é sempre desfavorecida pela cultura de submissão a que foram impostas. Sabe-se que mesmo tendo o direito de ausentar-se do trabalho para tratamento de saúde, a mulher não usufrui desse direito de forma plena e tranqüila. Deve ser dada atenção às condições de acesso com a oferta de horários flexíveis e atenção às limitações impostas pela individualidade das mulheres.

Durante o exame há por parte das mulheres, o sentimento de vergonha pela exposição do seu corpo, sendo, portanto importante prestar as informações sobre o procedimento que será realizado e se possível, mostrar o material que será utilizado.

A literatura também destaca que a maioria das mulheres só procura os serviços de saúde quando apresentam algum tipo de sintoma. Deixam de buscar o resultado com medo de receber uma notícia desagradável.

A possibilidade do diagnóstico do câncer tem um efeito danoso para a mulher, pois esta tem a previsão de proximidade com a morte associado a tratamentos desgastantes, dolorosos e sem eficácia.

É indispensável que a mulher tenha informações e esclarecimentos acerca da avaliação clínica e resultados do exame. Também é fundamental a adequação das equipes em prol do aperfeiçoamento dos profissionais e a disponibilidade dos materiais necessários à realização da citologia.

Quando esse processo é viabilizado, permite que a mulher compreenda a necessidade de completar o seu tratamento adequadamente, além de poder compartilhar seu aprendizado com familiares e amigos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de colo uterino possui alto índice de cura se tratado na fase inicial, quando se realiza um rastreamento eficiente. Os fatores de risco são conhecidos, os métodos de rastreamento funcionais e os estudos revelam os fatores que contribuem para a não realização do Papanicolaou.

A literatura nos mostrou que há muitas barreiras que a mulher tem que transpor para fazer o exame de prevenção do câncer do colo do útero.

A imparcialidade no momento do atendimento, por parte dos profissionais de saúde exige uma nova postura. Esses precisam ser proativos para que as mulheres tenham confiança para a realização do procedimento e ainda possam expressar com mais clareza as suas dúvidas. A possibilidade de um diálogo com o profissional que realiza o exame é de fundamental importância para que o retorno seja efetivo.

A forma do atendimento na Unidade Básica de Saúde em que há limitação do número de exames por dia e ainda a escassez de material ou a falta de organização do serviço, o que muitas vezes não permite o atendimento das mulheres agendadas, também é um fator limitante da adesão das mulheres.

É necessário ainda que os profissionais reorientem suas condutas de modo a motivar as mulheres para a realização do exame citopatológico, principalmente quando não há sintomas, uma vez que este é destinado a detecção precoce do câncer do colo do útero. É grande o número de mulheres que procuram o exame apenas na presença de sintomas, indo contra o modelo de saúde vigente que procura romper com a prática curativista do cuidado.

Os profissionais devem entender que o encontro com a mulher possui singular importância, devendo aproveitar cada ocasião para reforçar orientações, sanar dúvidas e eliminar receios que culminam em barreiras as práticas de prevenção do câncer do colo uterino. Informar à mulher sobre o exame faz com que essa passe a realizá-lo de forma voluntária e não pelo encaminhamento de um profissional.

A rejeição se dá principalmente pelo desconhecimento da importância do exame para a prevenção do câncer, da falta de orientação quanto às condutas a serem realizadas no momento do exame, por exemplo, posição para a realização do exame, desconhecimento do tipo de material a ser utilizado, o medo do resultado do exame, e ainda a dificuldade de acesso.

As mulheres que mais realizam o exame preventivo de câncer são aquelas com um melhor nível de escolaridade ou apresentam algum sintoma clínico ou tem acesso fácil aos serviços de saúde, seja no sistema público ou no privado.

Sendo assim, deve ser dada atenção especial à educação em saúde como forma de capacitar a sociedade e torná-la detentora de conhecimentos, direitos e práticas positivas em relação a sua saúde.

Cabe também ao serviço capacitar os profissionais para realizarem rastreamento das mulheres dentro da faixa de idade prioritária à realização do exame e ainda na maneira de como fazer as abordagens as mulheres antes, durante e após a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero.

Uma estratégia para ampliar a cobertura do exame preventivo é a realização do rastreamento de mulheres na faixa de etária de 25 a 59 anos de idade que poderá ser feito pelos agentes comunitários de saúde (ACS), que no momento da visita podem prestar esclarecimentos sobre como o exame é realizado, esclarecer as dúvidas das mulheres sobre o exame e levando quais os horários mais oportunos para a mulher comparecer à Unidade Básica de Saúde. O êxito do rastreamento se dá pela organização de um cadastro e a montagem do fichário rotativo para orientar o trabalho de busca ativa a ser realizadas pelos ACS.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER. Cervix Uterine. In: **AJCC Cancer Staging Manual**. 7th ed. New York: Springer, 2010. 395-402 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do colo do Útero: atualização 2011**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama – Viva Mulher**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, C. M. S. de; NERY, I. S.; TORRES, L. C. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n. 4, jul./ago. 2007.

CAMPOS, F. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS; M. A. de. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2008.

COELHO, S; PORTO, Y. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Copemed, 2009.

CORDEIRO, A. M.; *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 32, n. 6: p. 428-431, 2007.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Rev. Saúde e sociedade**. v. 17, n. 2, abr./jun. 2008.

DAVIM, R. M. B.; *et al.* Conhecimento de mulheres de uma unidade básica de saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de papanicolau. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 39, n. 3: p. 296-302, 2005.

DUAVY, L. M.; *et al.* A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Rev. Ciência e saúde coletiva**. v.12, n.3, mai./jun. 2007.

FELICIANO, C.; CHRISTEN, K.; VELHO, M. B. Câncer de colo uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. **Rev. enferm. UERJ**. v. 18, n. 1, jan./mar. 2010.

FERNANDES, J. V.; *et al.* Conhecimentos, atitudes e prática do exame de papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n. 5, out. 2009.

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

GREENWOOD, S. A.; SAMPAIO, M. F. A. S.; MACHADO, N. M. V. Mulheres que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolau. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. v. 14, n. 4, jul./ago. 2006.

GUARISI, R.; *et al.* Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras e do Câncer Invasor de Colo Uterino no Município de Franco da Rocha, SP. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. v. 50, n. 1: p. 7-15, jan./fev./mar. 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **5º. Informativo da vigilância do câncer e seus fatores de risco**. v. 6, n. 7: p. 20, 2006.

NAKAGAWA, J. T. T.; SHIRMER, J.; BARBIERI, M. Vírus HPV e câncer de colo uterino. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 2, jan./abr. 2010.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na estratégia saúde da família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. de Saúde Materno-infantil**. v. 7, n. 1, jan./mar. 2007.

OLIVEIRA, S. L.; ALMEIDA, A. C. H. de. A percepção das mulheres frente ao exame de papanicolaou: da observação ao entendimento. **Rev. Cogitare Enferm.** v. 14, n. 3: p. 214-526, jul./set. 2009.

PAULA, A. F. de; MADEIRA, A. M. F. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 37, n. 3, set. 2003.

PEREIRA, R. S. M. S.; REIBNITZ, K. S.; MARTINI, J. G.; NITSCKE, R. G. Doação de sangue: solidariedade mecânica versus solidariedade orgânica. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 2, mar./abr. 2010.

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. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 5, jan./mai. 2010.

ROSA, M. I. da; *et al.* Papiloma humano e neoplasia cervical. **Cad. de Saúde Pública**. v. 25, n. 5, jan./mai. 2009.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3 ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.

TORRES, M. E. A.; RIBEIRO, P. M.; MACHADO, C. J. “Vai lá, tira a roupa... e... pronto...”: o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. **Rev. Bras. Estud. Popul.** v. 25, n. 1, jan./jun. 2008.

VALENTE, C. A.; *et al.* Conhecimento das mulheres sobre o exame de papanicolaou. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 43, n. 2, dez. 2009.