

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**OS FATORES DETERMINANTES DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME
DE PAPANICOLAOU PELAS MILHERES: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

CRISTINA NUNES DE LIMA PRADO

Belo Horizonte - MG

2010

CRISTINA NUNES DE LIMA PRADO

**OS FATORES DETERMINANTES DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME
DE PAPANICOLAOU PELAS MILHERES: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção de título de especialista.

Orientador: Paulo Sérgio Miranda

Belo Horizonte - MG

2010

AGRADECIMENTOS

A Deus autor da vida, que me criou e deu propósito a minha existência.

Agradeço profundamente aos meus pais pelo amor, carinho e constante contribuição na realização dos meus ideais.

Ao todos de alguma forma contribuíram para a realização desta monografia.

RESUMO

Este trabalho teve como principal objetivo identificar os fatores que levam as mulheres a não realizarem o exame de Papanicolaou; Subsidiar uma reflexão a cerca das ações em saúde que visem a melhoria da assistência, aumento da cobertura da realização do exame e conseqüentemente a redução da mortalidade por câncer de colo uterino. A metodologia utilizada constou de uma revisão bibliográfica, buscando fontes em revistas eletrônicas do setor de medicina e enfermagem a partir da BVS – Biblioteca Virtual em Saúde nos bancos de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE, além de outros. Foram utilizados 22 artigos e os resultados apontam para uma gama de fatores sócio-culturais, estruturais, espirituais, econômicos, remetem a fragilidade dos serviços de saúde no que tange a humanização da assistência, a falta de visão holística e do significado da mulher antes, durante e após a coleta de citologia.

Palavras-Chave: Baixa cobertura, colo de útero, coleta de citologia, Papanicolaou, câncer uterino, prevenção do câncer de colo de útero, fatores determinantes.

ABSTRACT

This study aimed to identify factors that lead women not to perform the Pap smear; Subsidize a discussion about health actions aimed at improving care, increased coverage of the examination and consequently the reduction of mortality for cervical cancer. The methodology consisted of a literature review, searching electronic journals sources in the sector of medicine and nursing from VHL - Virtual Health Library in databases Scielo, Lilacs and Medline, among others. Were used 22 articles and results point to a range of socioculturais, structural, spiritual, economic, allude to the fragility of health services in relation to the humanization of care, lack of holistic vision and the significance of women before, during and after the cytology.

Key-words: Low coverage, cervix, cytology, Pap smear, uterine cancer, prevention of cervical cancer, determining factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS.....	9
3 METODOLOGIA	10
4 DESENVOLVIMENTO	11
5 DISCUSSÃO E RESULTADOS	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
7 REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

Apesar da possibilidade de detecção precoce por meio de exame de rastreamento populacional reconhecido, o câncer de colo uterino é 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 e a maior parte, diagnosticado como doença localmente avançada ou metastática (ALVES, et al., 2009).

O prognóstico do câncer de colo uterino depende especialmente, da extensão da doença no momento do diagnóstico, estando sua mortalidade fortemente associada ao diagnóstico tardio e ainda aos estágios mais avançados das lesões (CAETANO, et al., 2006).

Escolheu-se o tema proposto após verificação do crescente absenteísmo das mulheres às consultas para realização do exame citológico do colo uterino na Equipe de Saúde da Família Petrolândia II na cidade de Contagem – MG.

Este estudo tem a proposta de diagnosticar os fatores determinantes da não realização do exame de citologia pelas mulheres descritos na literatura, a fim de que se torne possível ampliar as estratégias cujo objetivo seja o aumento de cobertura do exame, realização de diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e conseqüentemente redução de mortes pela patologia.

A tendência de mortalidade por câncer de colo e de útero é desigual sendo determinada de modo particular, por diferentes fatores que se articulam num determinado contexto, como hábitos e práticas sexuais da população dadas em diferentes níveis sociais, as estruturas e organização dos sistemas de saúde e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população (CORREA & VILELLA, 2008).

Observou-se uma importante redução da mortalidade por esta neoplasia nas últimas décadas em países desenvolvidos nas décadas de 1960 e 1970. Em comum, estes países já apresentam um programa de rastreamento organizado há pelo menos três décadas (ALVES, et al., 2009).

No Estado de Minas Gerais, Brasil, o câncer foi a segunda causa de morte de 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 (ALVES, et al., 2009).

O mesmo autor relata que o rastreamento citológico do câncer de colo uterino foi iniciado no Brasil no fim da década de 1950 e início dos anos 1960, de forma incipiente e com baixa cobertura, não se constituindo, a princípio, como uma prática coletiva.

Em 1983, o Ministério da Saúde organizou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da *Constituição Federal* brasileira em 1988, foram desenvolvidas iniciativas mais amplas voltadas para o combate da doença, sendo instituído, em 1997, 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.

Embora a periodicidade preconizada pelo citado Programa para a realização do exame seja, inicialmente, de um exame por ano e, a partir de dois exames normais consecutivos (com intervalo de um ano) um a cada três anos, não foi prevista, entretanto, a convocação/mobilização da população-alvo para a sua realização.

A redução da mortalidade nas últimas décadas por esta patologia pode estar associada a expansão do acesso ao rastreamento colpocitológico, além de maiores informações sobre a doença e sua prevenção, uma vez que a maior precisão na atribuição da causa básica, muito provavelmente, apresenta-se relacionada à maior disponibilidade de métodos diagnósticos (ALVES, et al., 2009).

Faz-se necessário para melhor compreensão da magnitude desta neoplasia em termos de incidência e mortalidade e seu conseqüente impacto no setor de saúde brasileiro, desenvolver ferramentas adequadas de registro dos atendimentos e condutas adequadas nas unidades básicas de saúde, pois apesar dos esforços que têm sido despendidos para o controle efetivo da doença no país, percebe-se, assim, a importância da ampliação e sustentabilidade do registro de câncer para possibilitar a melhor compreensão da evolução da doença, contribuindo também para a melhoria da atribuição da causa básica (ALVES, et al., 2009).

A maior incidência de morte por esta patologia é na população de mulheres de baixa renda. Mendonça et al. (2008), em sua pesquisa com mulheres residentes em Recife – Brasil as características sociodemográficas da mortalidade por câncer de colo do útero especialmente a maior frequência de óbitos é em mulheres com idade inferior a 60 anos, negras, sem companheiro, donas de casa e residentes em bairros com baixa condição de vida, além da desigualdade no risco de morte entre os doentes, a maior ocorrência é em hospitais da rede assistencial do SUS.

Vale mencionar também que, no Estado de Minas Gerais, a implementação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero – Viva Mulher, a partir do final da década de 90, possibilitou a implantação do Sistema de Informação do Câncer de Colo Uterino (SISCOLO), importante instrumento de avaliação e planejamento, e a intensificação da capacitação específica para o exame preventivo de Papanicolaou, 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 (ALVES, et al., 2009).

Finalmente, cabe destacar que a educação em saúde, o aprimoramento dos programas de rastreamento, a melhoria da qualidade da informação e, até mesmo, o aumento da abrangência dos serviços de saúde devem ser considerados como importantes estratégias a serem adotadas para a redução da mortalidade e das repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de colo uterino em nosso país.

Os registros de câncer podem assegurar o seguimento das clientes tratadas, estabelecendo-se, assim, a abrangência e confiabilidade necessárias das informações no que tange a alimentação das bases de dados governamentais e por conseqüência estabelecimento de perfis epidemiológicos fidedignos embasando planejamentos estratégicos com fins de combate à esta moléstia (CANIDO, et al., 2007).

Apesar da tendência de redução da mortalidade por câncer cervical observada ao longo dos últimos 25 anos no Estado de Minas Gerais, ainda existe um importante caminho a ser percorrido para que se possa alcançar a cobertura preconizada e o acesso às medidas preventivas direcionadas ao controle da doença, especialmente no que se refere ao diagnóstico precoce (ALVES, et al., 2009).

2 OBJETIVOS

Geral

Identificar os fatores determinantes da não realização do exame de coleta de citologia cervico-uterino pelas mulheres.

Específicos

- Diagnosticar/ Analisar os fatores que levam a baixa cobertura de coleta de citologia de colo uterino.
- Subsidiar uma reflexão sobre os fatores que levam a não realização do exame colpocitológico pela mulher a fim de proporcionar uma mudança na ótica assistencial de forma holística e humanizada pelos profissionais que o executam;

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi elaborada seguindo critérios preconizados de metodologia, classificados quanto aos meios e quanto aos fins. Quanto aos fins esta pesquisa tem caráter explorador. Neste tipo de pesquisa segundo Gil (2002) não se tem o objetivo de elaborar ou testar hipóteses, limita-se a buscar informações sobre o tema proposto em um estudo, tem-se a finalidade de aprofundamento do conhecimento sobre o tema proposto ou determinado assunto.

No que tange aos meios foi uma pesquisa do tipo bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é o ponto de partida para a maior parte das pesquisas científicas é realizada através da utilização de fontes retiradas de livros, artigos, revistas, periódicos, ou seja, materiais já publicados de acesso ao público em geral (GIL, 2002).

A busca por fontes de dados se deu entre os meses de Maio de 2009 a Abril de 2010. Foram utilizados revistas, teses de mestrado e doutorado, artigos e periódicos publicados na internet conteúdos relacionados ao câncer de colo uterino, a realização do exame de papanicolaou pelas mulheres, e os fatores que determinam a não realização do exame de prevenção de câncer de colo uterino.

Utilizou-se como principal fonte de busca as revistas eletrônicas do setor de medicina e enfermagem a partir da BVS – Biblioteca Virtual em Saúde nos bancos de dados Scielo, Lilacs e Medline, além de outros.

Para delimitar a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: neoplasia maligna, colón de útero, câncer uterino, prevenção, baixa cobertura de coleta de citologia, atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero. O critério utilizado para a inclusão das fontes no trabalho foi a existência de um ou mais dos descritores citados no título, resumo ou desenvolvimento do trabalho.

A busca resultou em 26 artigos científicos dentre os quais após a leitura na íntegra, foram selecionados 19 artigos que respondiam ao objetivo do trabalho e o assunto abordado.

Houve a necessidade de consulta de nove sites contendo assuntos relacionados ao câncer de colo de útero, baixa cobertura de coleta de citologia e estatísticas mundiais e brasileiras de morte por câncer de colo de útero e das coberturas de coleta de citologia em países desenvolvidos e do Brasil.

4 DESENVOLVIMENTO

O controle da neoplasia do colo uterino obedece a estratégia de prevenção secundária baseada na citologia cervical. Esta técnica de detecção, conhecida popularmente como preventivo, vem sendo realizada por mais de 30 anos. Apesar de o exame preventivo ser simples, inócuo, eficiente e de baixo custo, o câncer cérvico-uterino ainda tem sido uma das principais causas de morte entre as mulheres brasileiras (MERIGHI; HAMANO; CAVALCANTE, 2002).

Muller et al., (2008) em seu estudo revelou que em São Leopoldo Rio Grande do Sul – Brasil que as mulheres jovens, as mais velhas, de baixa renda e escolaridade, aquelas classificadas como não brancas, viúvas, solteiras ou separadas realizaram menos o exame preventivo de câncer do colo uterino.

Pinho et al., (2003) aponta diferentes motivos que levam as mulheres de classes econômicas mais baixas, de menor escolaridade e as mais jovens a buscarem a realização do exame. Elas geralmente buscam a realização do exame quando apresentam algum sintoma ginecológico, ou necessidade obstétrica. Portanto, apesar da elevada cobertura de realização do exame citopatológico de colo uterino constatada, no presente estudo ainda observou-se fatores associados à iniquidade e falta de integralidade da assistência.

Em relação aos aspectos sócio-econômicos, Muller et al., (2008) constatou em seu estudo que as mulheres entrevistadas que estavam com seu exame atrasado, eram na sua maioria, casadas, com baixa escolaridade e baixa renda familiar. Souza e Borba (2008) afirmam que tais condições remetem à presença de fatores de risco para o câncer de colo uterino, visto que tais características levam a comportamentos distantes da promoção da saúde, requerendo, portanto, mudanças no estilo de vida.

As mulheres que não se submeteram ao exame, ou que o fizeram há mais tempo apresentaram razões relacionadas a mitos e tabus referentes ao câncer de colo uterino. Foi constatado, também, que há falta de conhecimento sobre o exame e sua relevância determinaram a não realização de exame (SOUZA & BORBA, 2008)

Segundo Canido et al., (2007) a prevenção do câncer cervico-uterino é baseada essencialmente no rastreamento da população. Para tanto, é necessário

que a mulher passe a realizar tal exame com regularidade, manifestando um comportamento preventivo em relação à sua saúde.

É prioritária a ampliação insistente, por meio de programas de Saúde Municipal, o atendimento à saúde preventiva de forma mais simplificada e imediata, permitindo ao usuário o acesso imediato e resolutivo aos serviços. Projetos de intervenção podem ser pensados, para levar ao conhecimento da população as condutas preventivas, incluindo uma revisão dos programas de disseminação de informações que possam resultar em mudança de atitude da população (CANIDO, et al., 2007).

Neste sentido, aponta-se a importância de intervenções fortemente direcionadas à prevenção, através de ações educativas. Associado a isto se faz necessária a disponibilidade de recursos diagnósticos e tratamento oportuno, destacando-se o psicológico que tem sido ressaltado na associação entre o câncer e os sintomas psicológicos. Deve-se atentar para a necessidade de elaboração e implementação de estratégias que envolvam e mobilizem a população pensando nas questões ligadas à Saúde Pública (SILVA, et al., 2005).

Oliveira et.al., (2005) expõem a relevância de investigações que apontem os motivos da não realização do exame preventivo, a fim de que possa haver ações que objetivem maior adesão e cobertura desse procedimento. Pois, se as vivências das mulheres forem conhecidas, os significados por elas atribuídos podem servir como embasamento para planejar e adequar às orientações de prevenção.

Estudos apresentam que os sentimentos de desconforto, medo, vergonha e constrangimento são os mais expressos pelas mulheres (PAULA & MADEIRA, (2003); PELLOSO, e col. (2004); CESTARI, (2005); OLIVEIRA et. al. (2005).

Os autores ao investigarem o significado da submissão ao exame colpocitológico para as mulheres, verificaram que a vergonha, a ansiedade, o medo e a inquietude também são, além de vividos, externalizados. As mulheres expõem que o constrangimento e a vergonha aliados à sensação de impotência, induzida pela própria posição ginecológica, podem potencializar esses sentimentos.

Conclui, ainda, que a insegurança e o medo no momento do exame podem ser reflexo, de esta mulher ficar sob o olhar profissional, pois este está diante de intimidades e segredos que, para a mulher, por vezes, são resguardados.

Pelloso e colaboradores (2004) consideram que o medo e a vergonha das mulheres no momento da exposição aos exames podem estar relacionados à

impessoalidade do procedimento, que é invasivo, expõe o corpo e aborda a questão da sexualidade, condições que envolvem temas que ainda sejam tabus para a mulher, referentes à exposição de seu corpo. Destacam ainda que estes sentimentos de constrangimento e ansiedade comprometem a realização do preventivo.

Destaca ainda, que os profissionais poderiam contribuir para tornar o momento do exame menos doloroso, passando a ser não só um espaço para a mulher ser examinada, mas também um momento de ser ouvida, de sentir-se respeitada e protegida.

As autoras consideram que para uma maior compreensão da mulher por ela mesma e pelo profissional que a atende é importante oferecer oportunidades para a mulher falar de si, a fim de que ela reflita suas experiências e se conscientize mais claramente sobre o que acontece consigo mesma. Ressaltam ainda que a mulher, durante o exame colpocitológico:

“[...] é mais do que um colo uterino, ela é também um corpo que tem sentimentos, que pulsa e vibra que interage com o mundo, com o outro e consigo mesma; que deixa transparecer por gestos, expressões, olhares, palavras e silêncio [...]” (PAULA & MADEIRA, 2003, p. 95).

Muitas mulheres expõem as suas dificuldades em realizar o exame e relatam que o mesmo seja realizado em ambientes físicos de privacidade. É preciso muito mais. É preciso que os significados do corpo, da sexualidade, do feminino e do “ser mulher” sejam relevantes para o examinador e para a sociedade (CRUZ & LOUREIRO, 2008).

Nascimento et al., (2009) avaliou fatores que afetam a utilização de serviços de prevenção de câncer de colo uterino em lugares com recursos escassos, salientara a importância de se reduzir o número de pessoas na sala de exames para se preservar a privacidade das mulheres.

É preciso perceber que a mulher, quando submetida ao exame, leva consigo mais do que um corpo. Ela leva sua história, seus valores, seus sentimentos, suas angústias, suas vivências, suas carências, seus medos, seu conhecimento e o seu desconhecimento. Portanto, a vivência de um procedimento, que pode parecer simples e comum para os profissionais, para muitas mulheres pode ser uma experiência difícil e constrangedora (CRUZ & LOUREIRO, 2008).

Cabe ao profissional facilitar a abordagem às mulheres, contudo, para isso, mais do que a sensibilidade dos profissionais na percepção das necessidades femininas, é importante que estes se percebam, ou seja, que percebam sua atitude, seu gesto, sua forma de abordagem, sua linguagem e seu olhar, não endossem conceitos preestabelecidos que não condizem com a realidade do grupo trabalhado (CRUZ & LOUREIRO, 2008).

Outro dificultador para a realização do exame de preventivo abordado pelas mulheres é “O companheiro não deixar”. Devido às questões culturais e históricas de submissão das mulheres aos seus parceiros, há que se considerar ainda que, em se tratando de doenças ginecológicas, pode haver grande dificuldade de diálogo entre estes; fator que também foi verificado como possível afastamento de mulheres das Unidades de Saúde.

Assim, uma boa estratégia poderia ser a inclusão destes homens nos programas governamentais que envolvam as campanhas de prevenção para o câncer do colo uterino. Afinal, enquanto as estratégias forem pensadas de tal forma que apenas as mulheres sejam responsabilizadas, e que se estas não comparecerem aos exames estão “dizendo” que não possuem amor por elas mesmas, pode continuar difícil atingir as metas pretendidas nos programas de prevenção para o câncer do colo do útero (CRUZ & LOUREIRO, 2008).

Portanto, os projetos que pretendem incluir essas mulheres às campanhas de prevenção de câncer do colo uterino deveriam considerar as questões culturais que as envolvem. Para isso, é importante que a linguagem utilizada seja menos tecnicista, e mais adequada aos seus interesses e necessidades (CRUZ & LOUREIRO, 2008).

A mulher procura a unidade de saúde somente quando adocece, Dejours (2000) afirma que só neste momento, quando a doença impede o trabalho, a mulher sai de uma posição defensiva em relação ao adoecimento, pois o corpo só pode ser aceito no silêncio dos órgãos; somente o corpo que trabalha, o corpo produtivo do homem e o corpo que trabalha da mulher são aceitos; tanto mais aceitos quanto se tiver necessidade de falar deles.

A atitude em relação à dor é, neste sentido, exemplar, pois falar do corpo doente é mais fácil do que falar do corpo que se sente bem.

Cabe ressaltar por outro lado, que a maioria desses estudos trabalhou com um modelo teórico de cunho individual, enfatizando características

sociodemográficas e comportamentais, sem levar em consideração outras dimensões importantes associadas à dificuldade de acesso ao exame sob um aspecto organizacional ou programático (MARTINS, et al., 2005).

Segundo Silva et al., (2006) medo, vergonha e ausência de sintomas foram motivos para não realização do exame de papanicolaou em seu estudo, aponta que a descentralização dos serviços de saúde contribuiu para o aumento no número de exames no país nas últimas décadas. Afirma que mulheres que trabalham em casa tem menos autonomia sobre sua saúde, apontam a necessidade de focar o agendamento do próximo exame da mulher, pois elas ainda apresentam muitas dúvidas quanto a regularidade do procedimento.

Silva et al., (2006) demonstra em sua pesquisa que mulheres cujo deslocamento à Unidade de Saúde é de aproximadamente 16 minutos (tempo médio) tem maior cobertura de realização de papanicolaou, locais onde o modelo assistencial é baseado no Programa de Saúde da Família também possuem maior cobertura para o mesmo exame.

Oliveira & Pinho (2007) revelam que a conversa e a escuta foram apontadas por muitas mulheres como instrumento fundamental dos profissionais de saúde, devendo se dar em todos os momentos do encontro com a mulher, tanto dentro do serviço de saúde, quanto fora dele, sendo o ACS o primeiro profissional a discutir esta temática nos domicílios das famílias.

Determinantes da não realização do exame conforme descrito, as causas impeditivas do diagnóstico precoce foram as seguintes conforme estudo de Oliveira et al (2005): sobrecarga de trabalho da mulher, superposição de tarefas, falta de atenção e cuidado com o próprio corpo, falta de noção da necessidade de prevenção nas diferentes fases da vida e dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

A mulher com idade mais avançada, especialmente aquela com família constituída, julga desnecessário recorrer ao serviço de saúde para a prevenção.

Segundo o mesmo autor problemas como distância e a inexistência de pessoas com quem possam deixar os filhos, associados à dificuldade financeira, são situações encontradas também em muitas regiões do País. Esses fatores, somados a desorganização dos serviços de saúde, impedem às mulheres de realizarem o exame ginecológico.

Conforme descrições, as mulheres só procuraram os serviços de saúde quando têm sintomas, este é um dos aspectos presentes na população de países

em desenvolvimento, em virtude da idéia de não ser necessário ir ao médico se não se sente nada.

Pinho & França Júnior (2007) concordam que o acesso ao serviço de saúde viabiliza maior cobertura do exame. Ainda afirma em seu estudo, que mulheres que sofreram violência sexual por algum parceiro íntimo atual ou anterior tiveram uma probabilidade menor de realização do exame de Papanicolaou.

Segundo Brenna et al., (2001), sentimentos, experiências ruins no passado desconforto físico e psicológico são comuns entre relatos de mulheres que não realizam o papanicolaou, e grande parte destes sentimentos são originários de experiências prévias negativas de maus-tratos ou humilhação sofridas pelas mulheres durante o procedimento realizado sem explicação do seu significado, de forma fria e descuidada, minando qualquer possibilidade de criação de um espaço de autoconhecimento do corpo e da sexualidade da mulher.

Foram apontados também pela autora a ausência de sintomas, a pouca informação a cerca do câncer e do exame do papanicolaou, desmotivações como “o médico não a examinava”, “demora da marcação”, “tempo longo de espera para realização do exame”, idade (mulheres mais velhas tinham maior desconhecimento quanto a finalidade do exame e por isso não tem não apresentavam motivação em realizá-lo ou relatam vergonha), entretanto, problemas como distância, dificuldades para deixar filhos ou parentes, o fato de não poder deixar o trabalho ou ainda ter dificuldades financeiras com transportes também foram dificuldades apontadas; consultas remarcadas por falta de médico ou greve também foram determinantes.

Segundo a mesma autora a maioria dos atendimentos é realizado devido a sintomas ginecológicos, anticoncepção, pré-natal, sendo a consulta marcada quando a mulher leva os filhos ao atendimento pediátrico. Uma vez que está presente no serviço de saúde, o exame de Papanicolaou é realizado por iniciativa do médico ou de outros profissionais de saúde.

Alguns países desenvolvidos somente conseguiram melhorar a cobertura populacional para o rastreamento do câncer de colo uterino quando introduziram uma sistemática de controlar e convocar as mulheres para realizar periodicamente o exame de Papanicolaou.

No entanto, os países em desenvolvimento geralmente não têm um sistema de saúde organizado e, mesmo que o tivessem, há que se considerar problemática econômica da população em geral; Por exemplo, a falta de moradia própria e

definitiva dificulta a convocação das mulheres para fazer exames periódicos. Assim seria pouco provável que um modelo organizacional de países desenvolvidos fosse adequado também aos países em desenvolvimento (BRENNAN, et al., 2001).

As atividades educativas são de alta relevância, já que muitas mulheres, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer.

Estudos sobre a atitude das mulheres brasileiras quanto à prevenção e o não atendimento aos programas de captação mostram que as principais causas da resistência estariam relacionadas às questões culturais: vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo, parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo.

Observou-se também outras barreiras, como o medo "do exame ser positivo": muitas mulheres que chegam a fazer o exame não retornam para saber o resultado; logo, a estratégia de captação das mulheres para a realização do exame deve ser priorizada e organizada de modo a garantir não só o atendimento, como também a entrega do resultado e o seguimento das mulheres em todo o processo.

A autora ainda afirma que para o não-comparecimento à consulta constavam os seguintes determinantes: falta de tempo, desinformação, descrença na UBS, proibição do marido/companheiro, dificuldade no agendamento (SILVA, et al., 2005).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após extensa análise dos estudos citados e da observação empírica no trabalho na Equipe de Saúde da Família conclui-se que os determinantes da não realização do exame colpocitológico (Papanicolaou) são os seguintes:

O primeiro determinante é o sentimento de medo do resultado positivo para câncer, de sentir dor durante o exame, de ser julgada por suas queixas, de ter uma doença sexualmente transmissível e de expor sua intimidade e seu corpo ao profissional de saúde.

A vergonha também é um fator determinante, vergonha de ter seu corpo e sua intimidade expostos, sua sob a vista de um desconhecido (a) e de falar da sua sexualidade com alguém estranho.

A falta de sintomas também aparece como, motivo para a não realização do exame uma vez que sem a paciente como não sente nada (dor, incômodo, etc) julga desnecessário a realizar do exame.

A dificuldade de acesso ao serviço de saúde aparece nos estudos como um determinante para a não realização do exame uma vez que, a Unidade de Saúde é distante da residência e a mulher fica desestimulada ou não possui recursos financeiros para seu deslocamento. A falta de tempo e a dificuldade para deixar os filhos em casa, também é outro fator apontado pelos estudos como determinante da não realização do papanicolaou pela mulher.

A falta de informações sobre o câncer de colo uterino faz com que as mulheres não dêem a devida importância à realização do exame preventivo e ao diagnóstico precoce da doença. A consequência é a criação de falsas verdades como “colhe um líquido” durante o exame, ou ainda “tira-se um pedacinho e manda pra o laboratório”, ficando a paciente sem informações sobre técnica correta para realização do exame e da principal finalidade do mesmo.

Outro determinante é a proibição do marido impedindo que a mulher realize o exame de papanicolaou. O cônjuge entende como desrespeito o fato de ter o corpo e a intimidade da sua mulher expostos e impede a mulher de ir ao centro de saúde, não entendendo os verdadeiros propósitos do exame que são a manutenção da saúde e da vida de sua companheira.

Um determinante apontado durante a pesquisa foi a de experiências anteriores negativas, como dor durante o exame realizado anteriormente, a presença de mais de um examinador na sala de exame, maus tratos no que se refere ao acolhimento da mulher e até a frieza do profissional durante a realização do exame (que não explica o procedimento antes de realizá-lo).

A falta de diálogo do profissional de saúde com a paciente, antes, durante e depois do exame também é apontado como determinante. Muitas vezes o profissional por excesso de tarefas, fadiga, falta de treinamento e até mesmo por falta de perfil para o trabalho não se comunica com a paciente de forma acolhedora, objetiva e eficiente, conseqüentemente não consegue transmitir segurança e zelo ao mesmo.

O acolhimento pelas Unidades de Saúde que é um fator que implica em realizar ações que visam trazer a mulher para o Centro de Saúde, recebê-la com atenção, carinho e respeito, esta em déficit. É necessário realizar grupos de orientação informando a respeito do papanicolaou, orientar os cônjuges sobre a importância do mesmo, realizar busca ativa das mulheres em idade fértil, cadastrar essas mulheres e realizar buscas trabalhando com planejamento estratégico das ações de saúde.

A descrença na Unidade Básica de Saúde e no profissional de saúde faz com que a mulher não procure o serviço, pois a mesma não confia neste modo de intervenção. A falta de planejamento e organização dos Serviços de saúde para atender essas mulheres nos períodos determinados pelo ministério da saúde, ou ainda a falta de profissional nestas unidades capacitados para realização da coleta de citologia, demora na marcação do exame e demora no atendimento (tempo de espera longo) também são determinantes da não aderência ao preventivo.

O cancelamento de agendas e o desrespeito à capacidade instalada da Unidade para atender as mulheres fazem com que não ocorra a integralidade na assistência. A falta de mobilização das comunidades e de inclusão dos homens nesta mobilização para a prevenção, também determinam a não realização do exame. Conhecimento é poder, e neste caso também é vida.

A falta de sensibilidade e visão holística do profissional a cerca da dimensão da mulher também são determinantes. A mulher tem que ser ouvida, muitas vezes o profissional não sabe motivo da paciente faltar à consulta. Se a mesma tem com quem deixar os filhos; se o marido está impedindo-a de realizar o exame; se o

horário disponibilizado para realização do exame atende suas necessidades; se seu empregador permite que ela saia mais cedo ou mais tarde do trabalho; se ela não quer que os vizinhos ou parentes tomem conhecimento da realização do exame ou mesmo se não pode ir à unidade durante a semana.

A sensibilidade apontada aqui é de caráter investigatório, pois a mulher está inserida num contexto biopsicoespiritual, possui valores morais e sociais, crenças, sua própria cultura arraigada à criação e ao seu contexto atual na sociedade. Cabe ao profissional ao acolher esta mulher usar de forma excessiva sua perspicácia a fim de entender a vida daquela mulher que procura o serviço e necessita da sua intervenção.

Um fator importante no baixo número de preventivo é sem dúvida a falta de políticas públicas que ampliem o acesso aos serviços e que determinem os motivos da não realização do exame de papanicolaou. Estudos mostram que em regiões onde o modelo assistencial é baseado nas equipes de Saúde da Família a cobertura de realização de papanicolaou é maior. É fato que ações programadas tenham como consequência o alcance de metas e satisfação de clientes e profissionais.

A existência de violência sexual pregressa ou atual na vida da mulher faz com que a mesma não procure o serviço de saúde para coleta de citologia de colo uterino. A mulher não quer expor sua realidade a outras pessoas por medo ou vergonha.

A sobrecarga de trabalho e superposição de tarefas também impede a mulher de realizar o exame de prevenção, pois a mesma não dispõe de tempo para comparecer à Unidade de saúde.

É muito comum deparar-se com mulheres com baixa estima, depressão, fato que determina sua situação de saúde, esta falta de atenção e cuidado com o próprio corpo faz com que a mesma não realize o exame. Cabe ao profissional diagnosticar tais fatos, acolher suas necessidades e encaminhá-las ao serviço de referência quando necessário ou inseri-las em grupos operativos caso seja indicado e abordar a questão do autocuidado.

E finalizando, um fator de vital importância para a não realização do preventivo é o estado precário da estrutura física do local onde se realiza o exame. Há locais em que a privacidade não é garantida, falta higiene no chão e nas paredes, cama ginecológica em mau estado, ausência de camisolas, dentre outras questões estruturais importantes para uma assistência digna e de qualidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível verificar através desta pesquisa que os fatores determinantes da não realização do exame para coleta de citologia do colo uterino abrangem vivências e sentimentos individuais do universo feminino, questões de gênero e sexualidade; englobam a falta de humanização e visão holística da mulher pelos profissionais envolvidos na assistência; apontam para as vivências pessoais externalizadas pelas usuárias; dificuldades de caráter social, como trabalho, filhos, família; questões ligadas à instrução escolar e a falta de informação; problemas no acesso ao serviço de saúde como deslocamento, agendamento, entre outros.

Há muito que se fazer frente à diversidade de obstáculos. Mas, no que tange às ações de governabilidade local que objetivam ampliação do acesso e aumento da cobertura do exame, implicam em organização local, treinamento dos profissionais permitindo maior sensibilidade no trato com a mulher proporcionando no momento exame conforto, segurança e diálogo; promoção e estabelecimento de estratégias de âmbito local considerando a realidade do modelo assistencial prestado (UBS ou USF) como cadastramento das mulheres em idade fértil, rastreamento da população local, atendimento (observando a capacidade instalada da equipe), busca ativa das mulheres faltosas, abordagem familiar para orientação a cerca do exame no que implica sua necessidade de realização, periodicidade, desmistificando mitos e tabus.

Torna-se de vital importância o estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, a visão de que as mulheres são sujeitos ativos em busca do seu bem estar, o reconhecimento de que questões éticas, culturais e político-econômicas que tangenciam as políticas de prevenção do câncer cérvico-uterino devem ser abordadas em todos os níveis da atenção à saúde.

Os agentes responsáveis pelas políticas públicas de saúde devem proporcionar as comunidades condições sociais e econômicas favoráveis ao exercício pleno de um maior controle sobre seu estado de saúde.

Oferecer assistência de qualidade, equânime, livre de prejuízos físicos e psicológicos, estabelecer vínculo, promover a saúde de forma responsável e eficiente é o papel dos profissionais de saúde frente a um problema de saúde pública desta magnitude.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C.M.M.; GUERRA, M.R.; BARROS, R.R. **Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, 25(B): 1693-1700 Rio de Janeiro. 2009.

BRENNAN, S. M. F. et al. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino.** CAD. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.17, n.04, 2001.

CAETANO, R. et al. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(1):99-118, 2006.

CANIDO, H. R. et al. **Avaliação do Programa de prevenção do câncer do colo uterino e de mama no Município de Paranapanema, Estado de São Paulo, Brasil.** São Paulo. 31 (3): 375-383, 2007.

CESTARI, M. E. W. **A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa Interinstitucional da USP, UEL e UNOPAR, Londrina, 2005.

CORREA, D. A. D. & VILELA, W.V. O controle do câncer de colo de útero: Desafios para a implementação de ações programáticas no Estado do Amazonas, Brasil. **Rev. Brasileira de Matern. Infant.** Recife, 8(4) 491-497, 2008.

CRUZ, L. M. B.; & LOUREIRO, R. P. **A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas.** Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.120-131, 2008.

DJOURS, C. **A Banalização da Injustiça Social.** Rio de Janeiro. 5 ed. Fundação Getúlio Vargas. 2003

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

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.** Rio de Janeiro, 2005; 27(8): 485-92.

MENDONÇA, V. G. et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Rev. Bras Ginecol Obstet.** Pernambuco, 30(5): 248-55, 2008.

MERIGHI, M.A.B.; HUMANO, L.; CAVALCANTE, L. G. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: Conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo. 36 (3): 289-96, 2002.

MULLER, D. K. et al. **Cobertura do exame citopatológico do colo de útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.** Rio de Janeiro, 24(11): 2511-2520, nov, 2008.

NASCIMENTO, M. N. et al. **Preditores de não Aderência ao Seguimento Preconizado para Mulheres com Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL).** Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.2, p.325-333, 2009.

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. Saúde Matern. Infant.,** Recife, 7 (1): 31-38, jan. / mar., 2007.

OLIVEIRA, M. S.; OLIVEIRA, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. **Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino.** Acta Paul Enferm. Ceará, 18(2): 150-5, 2005.

PAULA, A. F. & MADEIRA, A. M. F. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Revista Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 37, n. 3, p. 88-96, 2003.

PELOSO, S.M. & CARVALHO, M.D. **O impacto da Comunicação de massa na campanha da prevenção do câncer cérvico-uterino. Comunicação como meio de promover a saúde.** 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem Org. Izabel Amélia Costa Mendes. Ribeirão Preto, Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, Ed. Escala. 234p., 2000.

PINHO, A. A. & FRANÇA JUNIOR, I. F. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 3(1): 95-112, jan. - mar., 2003.

SILVA, D. W. et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.** Paraná. 28(1): 24-31, 2006.

SILVA, N. C. B., et al. **Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo do útero.** Paidéia. São Paulo, 15(32), 409-416, 2005.

SOUZA, A. B. & BORBA, P. **Exame citológico e os fatores determinantes na adesão de mulheres na estratégia saúde da família do Município de Assaré.** Cad. Cult. Ciência. Ceará. V.2, n.1, p.36-45. 2008.