

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

**INFLUÊNCIA DO FATOR SÓCIO CULTURAL NA ADESÃO PARA REALIZAÇÃO  
DO EXAME PAPANICOLAU: REVISANDO A RELEVÂNCIA DA ATUAÇÃO DO  
ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SUELLEN MATOS COELHO**

**GOVERNADOR VALADARES-MINAS GERAIS**

**2011**

**SUELLEN MATOS COELHO**

**INFLUÊNCIA DO FATOR SÓCIO CULTURAL NA ADESÃO PARA REALIZAÇÃO  
DO EXAME PAPANICOLAU: REVISANDO A RELEVÂNCIA DA ATUAÇÃO DO  
ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Flávia Sampaio Latini Gomes

**GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS**

**2011**

Dedico aos meus pais, que sempre sonharam em ver com essa especialização no curso de Enfermagem.  
Ao meu noivo que me apoiou, me incentivou nesta caminhada e ajudou-me a ter coragem de enfrentar as dificuldades surgidas, para chegar com êxito a esta grande realização pessoal.

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado a oportunidade, de viver momentos tão inesquecíveis, de conviver e desfrutar de tão boas companhias, por ter me iluminado, me inspirado e me dado tanta luz nos momentos de cansaço.  
À minha família e meu noivo pelo apoio total, por acreditarem em mim.

"A felicidade não é fruto da paz; é própria paz".

**Émile-Auguste Chartier**

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica com o objetivo de analisar o que existe descrito na literatura sobre as ações realizadas pela enfermagem para que os fatores socioculturais não interfiram na realização do exame Papanicolau em uma unidade de saúde. O exame ginecológico constitui-se num procedimento considerado pelos profissionais de saúde como rotineiro e inócuo, no entanto, muitas mulheres ainda não o realizam anualmente. A não realização do Papanicolau impossibilita o diagnóstico e tratamento precoce de lesões precursoras do câncer que contribui para aumentar a morbidade e mortalidade de mulheres em idade fértil e a desagregação do núcleo familiar. Buscou-se identificar as publicações descritas no banco de dados LILACS agrupando os artigos sobre o perfil das mulheres que procuram a unidade básica de saúde para coleta do preventivo; as suas dificuldades para a realização do exame e atividades educativas desenvolvidas pelo enfermeiro para a realização do exame na unidade de saúde. Identificou-se com resultado da pesquisa que os fatores socioculturais interferem na realização do exame Papanicolau em uma unidade de saúde uma vez que esses fatores levam ao evitamento do exame ginecológico. Revelou-se ainda que as mulheres que procuram a unidade com dificuldade para a realização do exame são aquelas com baixa escolaridade, situação conjugal irregular, baixa renda e que em função do constrangimento (vergonha), falta de conhecimento sobre a sua importância, o comodismo, a dificuldade de marcação na unidade e o medo não realizam o exame. Enfatizou-se que as atividades educativas do enfermeiro são fundamentais no rompimento do evitamento da realização das atividades que promovem qualidade de vida. Concluiu-se que o desconhecimento da grande maioria das mulheres sobre os riscos do câncer de colo uterino, é um fator determinante para a ocorrência da doença e salienta que a educação nesta área, é uma das formas de sensibilizar os indivíduos para compreender as informações que são circuladas entre os profissionais e usuárias, auxiliando-as nas mudanças de comportamento prejudiciais à saúde e em atividades que busquem a qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Teste de Papanicolau, adesão do paciente, assistência de enfermagem.

## ABSTRACT

It is treated of a research of bibliographical revision with the objective of analyzing what exists described in the literature about the actions accomplished by the nursing for the sociocultural factors not to interfere in the accomplishment of the exam Papanicolaou in a unit of health. The gynecological exam is constituted in a procedure considered by the professionals of health as routine and innocuous, however, a lot of women still don't accomplish him annually. The non-accomplishment of Papanicolaou disables the diagnosis and precocious treatment of precursory lesions of the cancer that contributed to increase the morbidity and women's mortality in fertile age and the disaggregation of the family nucleus. It was looked for to identify the publications described in the database of LILACS containing the articles on the women's profile that seek the basic unit of health for collection of the preventive; their difficulties for the accomplishment of the exam and educational activities developed by the nurse for the accomplishment of the exam in the unit of health. He identified with result of the research that the sociocultural factors interfere in the accomplishment of the exam Papanicolaou in a unit of health once those factors take to the sidestepping of the gynecological exam. It was revealed although the women that seek the unit with difficulty for the accomplishment of the exam are those with low education, situation irregular, low matrimonial income and that in function of the embarrassment (shame), knowledge lack on her importance, the complacency, the demarcation difficulty in the unit and the fear doesn't accomplish the exam. It was emphasized that the nurse's educational activities are fundamental in the breaking of the sidestepping of the accomplishment of the activities that promote quality of life. It was ended that the ignorance of the women's great majority on the risks of the cancer of uterine lap, is a decisive factor for the occurrence of the disease and points out that the education in this area, is one in the ways of touching the individuals to understand the information that they are circulated between the professionals and users, aiding them in the harmful changes of behavior to the health and in activities that look for the quality of life.

**Key-words:** Vaginal smears; patient compliance, nursing care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 OBJETIVO</b> .....	12
<b>3 MÉTODO</b> .....	13
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	14
4.1 Câncer de colo uterino.....	14
4.2 Abordagem preventiva do câncer do colo do útero .....	17
4.3 Fatores sócio-culturais que interferem na prevenção do câncer de colo do útero .....	21
4.4 Ações educativas executadas pelo enfermeiro visando a realização do exame Papanicolau na Unidade de Saúde .....	25
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	33
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	35

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é uma doença grave que pode ser diagnosticada e tratada desde o seu estágio inicial, com o prognóstico de cura de 100% nos casos de diagnóstico e tratamento precoces (AYOUB, *et al.*, 2000).

Os programas de prevenção do câncer cérvico-uterino estruturaram seu funcionamento sobre um pré-requisito básico: as mulheres devem submeter-se ao exame ginecológico anualmente, mesmo na ausência de sinais ou sintomas de algum quadro patológico (CARVALHO; FUREGATO, 2001).

O exame ginecológico deve ser realizado uma vez por ano, a partir do início das atividades sexuais, devendo ser considerado pelos profissionais de saúde um procedimento rotineiro e inócuo, de relevância epidemiológica na prevenção do câncer, além de ser um procedimento indispensável aos programas de planejamento familiar, pré-natal, atendimento a patologias obstétricas e controle de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2002a).

O câncer de colo uterino é detectado a partir da realização do exame Papanicolau. Este exame é de fácil realização, pode ser colhido rotineiramente em toda Unidade Básica de Saúde (UBS). Trata-se de atividade exercida pelo profissional enfermeiro, visando a promoção à saúde e a prevenção de doenças, o que contribui para a qualidade e a sobrevivência das mulheres e para a manutenção do equilíbrio dos lares.

Em 2002, o Ministério da Saúde registrou que o câncer do colo uterino acomete os grupos com maior vulnerabilidade social. Nesses grupos se concentram as maiores barreiras de acesso ao serviço de saúde para detecção precoce e tratamento, advindo de dificuldades econômicas, geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (BRASIL, 2002a).

Segundo Pontes (2002), existe relação entre o câncer de colo uterino, o comportamento sexual das mulheres e a transmissão de agentes infecciosos, sendo que o principal fator de risco para a doença é a infecção pelo vírus do Papiloma Humano – HPV, que está presente na maioria dos casos (94%).

Além disso, as mulheres que já iniciaram atividade sexual são potencialmente suscetíveis, e os fatores de risco são: más condições de higiene e

alimentação, tabagismo, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, uso prolongado de anticoncepcionais e carências nutricionais, como a hipovitaminose A (BATTISTOTTI; SILVA, 2006). Assim, devido à sobreposição desse conjunto de fatores, a população mais exposta ao risco concentra-se entre as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, com nível econômico menos elevado (PONTES, 2002).

A preservação da saúde da mulher é importante, pois o adoecimento ou a morte da mesma, por uma complicação evitável, poderá causar desagregação da célula familiar, e comprometimento do desenvolvimento dos outros filhos, em especial os menores de cinco anos. Essa situação pode interferir na socialização das crianças e na estruturação familiar, levando ao desajuste social das crianças.

Figueiredo (2006) registra que ao se considerar que o adoecimento ou a morte de uma mulher, por uma complicação evitável poderá causar uma desagregação da célula familiar, e o comprometimento do desenvolvimento dos outros filhos, em especial os menores de cinco anos, podendo interferir na socialização das crianças e na estruturação familiar, levando ao desajuste social das crianças. O tema abordado nesta pesquisa é de suma importância para a saúde da mulher e, de acordo com Ayoub *et al.* (2000), o câncer de colo uterino é uma doença grave que pode ser detectado no seu estágio inicial por meio do exame citológico do esfregaço vaginal, pelo método do Papanicolau.

Ayoub *et al.* (2000) afirmam que, mesmo com sua importância comprovada para a saúde da mulher e dos esforços investidos em transformar o exame ginecológico em uma experiência educativa, ainda observa-se que muitas mulheres não o consideram como um procedimento rotineiro e isento de custos. Com frequência são observadas reações de medo, de vergonha, de repulsa à própria genitália e prolongados adiamentos para a procura do serviço de saúde.

Ziegler *et al.* (2002) relatam a relevância da atuação dos profissionais de enfermagem, na realização do exame Papanicolau, uma vez que cabe a eles promover práticas e comportamentos positivos em relação à saúde reprodutiva e sexual dos pacientes, fornecendo as informações sobre o agendamento de exames regulares para promover a saúde e discutir as questões ou preocupações sócio-culturais das pacientes. Essa atuação possibilita a construção de vínculo enfermeiro-paciente.

Essas observações foram evidenciadas durante a assistência realizada e trouxeram inquietações e questionamento sobre o que existe descrito na literatura em relação às ações desenvolvidas pela enfermagem, de forma que os fatores sócio-culturais não interfiram na realização do exame Papanicolau, nas mulheres vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde.

## **2 OBJETIVO**

Identificar evidências científicas sobre as ações que possam ser realizadas pela enfermagem para que os fatores sócio-culturais não interfiram na realização do exame Papanicolau.

### 3 MÉTODO

Para a realização desta pesquisa optou-se pela revisão narrativa da literatura. A revisão narrativa da literatura apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

A busca bibliográfica foi realizada junto à base de dados LILACS, amparada nos temas: perfil das mulheres que procuram a UBS para realizar o exame de Papanicolau, motivos que levam essas mulheres a procurar a unidade de saúde e as suas dificuldades para a realização do exame, atividades desenvolvidas pelo enfermeiro para a realização do exame Papanicolau.

## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 37 trabalhos considerando o tema do estudo. Após leitura e análise dos mesmos, os temas comuns foram agrupados nos itens que se seguem.

### 4.1 Câncer de colo uterino

A estimativa do impacto do câncer de colo uterino em 2006, no Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer – INCA (BRASIL, 2006), é de ser o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo superado apenas pelo câncer de pele (não melanoma) e pelo câncer de mama. Estima-se também que seja a quarta causa de morte por câncer em mulheres e que em 2007, surgiram 19.260 novos casos de morte por câncer do colo do útero em todo o país. Seu pico de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos.

Segundo Cruz e Loureiro (2008) há uma estimativa que seja a quarta causa de morte por câncer em mulheres. Em 2007, surgiram 19.260 novos casos de morte por câncer do colo do útero em todo o país.

Ao contrário do que ocorre nos países mais desenvolvidos, a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero continua elevada no Brasil e, do ponto de vista temporal, vêm aumentando: em 1979, a taxa era de 3,44/100.000, enquanto em 1999 era de 4,67/100.000 (BRASIL, 2006).

Noronha *et al.* (1999) relataram que o câncer de colo uterino se configura como um importante problema de saúde pública, principalmente em decorrência da crescente exposição a fatores de riscos ambientais e da modificação de hábitos de vida da população.

Em 2002, o Ministério da Saúde registrou que o câncer do colo uterino acomete os grupos com maior vulnerabilidade social, uma vez que é onde se concentram as maiores barreiras de acesso ao serviço de saúde para detecção precoce e tratamento, advindo de dificuldades econômicas, geográficas,

insuficiência de serviços e questão cultural, como medo e preconceito dos companheiros (BRASIL, 2002a).

A pesquisa realizada por Pontes (2002) registra a existência da relação entre o câncer de colo uterino, o comportamento sexual das mulheres e a transmissão de agentes infecciosos, sendo que o principal fator de risco para a doença é a infecção pelo vírus do Papiloma Humano – HPV, que está presente na maioria dos casos (94%).

As mulheres que já iniciaram atividade sexual são potencialmente suscetíveis, acrescenta ainda como fatores de risco as más condições de higiene e alimentação, o tabagismo, o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, o uso prolongado de anticoncepcionais e carências nutricionais, como a hipovitaminose A (PONTES, 2002).

Assim, devido à sobreposição desse conjunto de fatores, a população mais exposta ao risco concentra-se entre as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, com nível econômico menos elevado.

Diógenes; Rezende e Passos (2001) registraram a importância de considerar a incidência da doença por grupo etário e as peculiaridades regionais que podem mostrar um comportamento epidemiológico diferenciado.

Estudo realizado por Salvia (1999) registra a idade como fator de risco, referindo que o câncer de colo incide na sua maioria a partir dos 35 anos e o risco cresce gradativamente até os 60 anos, quando então tende diminuir, ressaltando a possibilidade do aparecimento do carcinoma *in situ* antes dos 35 anos em função do início precoce das atividades sexuais.

Ainda sobre fator de risco, Noronha *et al.* (1999) inclui a paridade considerando que a história obstétrica da paciente possui relevante papel na etiologia do câncer de colo uterino, quando o primeiro parto é realizado antes dos 20 anos, e acrescenta ainda a multiparidade.

A vida sexual está descrita por Halbe (1994) como fator de risco naquelas mulheres que tiveram início precoce de sua atividade sexual e relaciona a não utilização de preservativos como maior risco de aparecimento da doença. Segundo o mesmo autor, a promiscuidade sexual é fator de risco, uma vez que a incidência do câncer no colo uterino é mais elevada entre as mulheres que exercem atividade sexual com múltiplos parceiros ou quando a mulher é monogâmica, porém o parceiro não o é.

Autores como Alvarenga *et al.* (2000) demonstraram associação entre as infecções do trato genital inferior, como as doenças sexualmente transmissíveis (DST), e sua relação com lesões malignas do colo uterino. Entre as infecções do trato genital inferior relaciona os vírus Herpes simples e Papiloma vírus humano, que são os mais associados à carcinogênese cervical, bem como outros agentes como o *Trichomonas vaginalis*.

O nível sócio-econômico foi relatado, no estudo realizado por Noronha *et al.* (1999), como fator de risco em função do baixo padrão de higiene e o estado nutricional precário que contribui para uma maior incidência do câncer de colo cervical.

Ziegler *et al.* (2002), registraram a relevância do conhecimento dos fatores de risco, pois a identificação destes na história das pacientes permite avanços significativos no diagnóstico precoce, e até na profilaxia deste tumor.

Neste sentido, todas as variáveis que caracterizam o comportamento de risco para desenvolvimento de câncer do colo uterino devem ser consideradas na determinação da população alvo, nos programas de controle, uma vez que a mortalidade entre as mulheres com o diagnóstico de câncer de colo uterino é elevada e poderia ser evitada.

O câncer de colo uterino é uma doença de evolução lenta, apresentando fases pré-invasivas, que são benignas e que o período de evolução de uma lesão cervical inicial para a forma invasiva, lesão maligna, é de aproximadamente 20 anos, período que permite ações preventivas eficientes para alterar o quadro evolutivo da doença (PINHO; MATTOS, 2002).

O câncer de colo do útero poderá regredir, persistir e progredir. Fisiologicamente, as lesões cervicais pré-invasoras desenvolvem-se por meio de alterações celulares anteriormente denominadas displasias (leve, moderada, acentuada), atualmente classificadas como Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais (NIC) tipos I, II e III (CEARÁ, 1998).

Pinho e Mattos (2002) confirmam que o câncer de colo invasivo é precedido por uma série de modificações no epitélio original, que constituem as lesões pré-malignas e que as técnicas de citologia, auxiliadas pela colposcopia, contribuem para o conhecimento dessas lesões e instalação do seu tratamento e conseqüente queda da taxa de cânceres invasivos.

Ressalta-se que a partir da alteração identificada nos resultados de exames citológicos, o câncer do colo desde o estágio inicial até o diagnóstico do NIC III (câncer *in situ*) poderá ser tratado e realizado seguimento em unidade ambulatorial secundária em cerca de 80% dos casos (BRASIL, 2002a).

Alvarenga *et al.* (2000) afirmam que o tratamento depende principalmente da extensão da doença. Nas fases iniciais o tratamento cirúrgico é indicado, de acordo com o caso, desde a conização (retirada de uma parte do colo uterino), até histerectomias radicais, com retirada de anexos (tubas, ovários e paramétrios).

Em todas as fases do câncer de colo invasivo, deve ser aplicada a radioterapia. O tratamento cirúrgico é tão eficiente quanto à radioterapia nas formas localizadas do câncer do cérvix e a quimioterapia (aplicação de drogas que inibem o crescimento das células cancerosas) é mais aplicada nas fases avançadas da doença, sendo pouco eficaz neste tipo de tumor (ALVARENGA *et al.*, 2000).

Ressalta-se que entre todos os tipos de câncer, o de colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente (SILVA *et al.*, 2008).

Kurman e Salomon (1994) relatam que existe um consenso mundial de que o câncer invasor do colo uterino pode ser evitado por meio do diagnóstico precoce e do tratamento das suas lesões precursoras.

Para o diagnóstico precoce da doença, o exame Papanicolau é de grande utilidade, sendo sua realização extremamente importante para a prevenção deste tipo de câncer.

#### **4.2 Abordagem preventiva do câncer do colo do útero**

Ações de prevenção primária e detecção precoce de doenças são estratégias capazes de reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos enfermos. Contudo, apesar de estas estratégias serem utilizadas para a prevenção e o controle de doenças e agravos não transmissíveis, ainda é um desafio para os países em desenvolvimento a definição e implementação de estratégias efetivas (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Uma das estratégias é identificar os fatores de risco para o câncer de colo do útero e minimizar ou eliminá-los. Vários fatores de risco são identificados para o câncer de colo do útero e a grande maioria deles está relacionada aos cuidados com a saúde e ao estilo de vida. Consideram-se fatores de risco de câncer do colo do útero: multiplicidade de parceiros sexuais e a história de infecções sexualmente transmitidas entre os parceiros, multiparidade, idade precoce na primeira relação sexual. O principal agente apontado como causador do câncer cérvico-uterino é o Vírus do Papiloma Humano (HPV). Outros fatores, em estudos epidemiológicos ainda não conclusivos, sugerem também o tabagismo, a alimentação pobre em alguns micronutrientes e o uso de anticoncepcionais (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

O exame citopatológico (Papanicolau) permite que seja efetuada a detecção precoce em mulheres assintomáticas de lesões precursoras no colo do útero e da doença em estágios iniciais. O exame preventivo também se caracteriza por ser um método de rastreamento seguro, sensível e de baixo custo. Apesar de esse método de rastreamento ter sido introduzido no Brasil desde a década de 1950, estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame (SILVA *et al.*, 2008).

O exame Papanicolau consiste em estratégia de prevenção barata e acessível. Porém, sabe-se que, pelo fato de o Brasil ter uma grande extensão territorial, surgem dificuldades no acesso aos serviços de saúde e, por conseguinte, ao exame (SILVA *et al.*, 2008). Esta realidade é vivenciada por mulheres que residem em localidades mais distantes dos grandes centros.

A prioridade etária para a detecção precoce do câncer cérvico-uterino é de 35 a 49 anos, tendo em vista que esse é o período correspondente ao pico de incidência das lesões precursoras e que antecede ao pico de mortalidade por este câncer. Na rede de saúde, são as mulheres com menos de 35 anos que realizam a maioria dos exames, fato que, segundo o INCA (BRASIL, 2002b), pode estar relacionado às mulheres que procuram os postos para cuidados relacionados à natalidade, o que contribui para não ser alcançado um impacto significativo sobre a mortalidade por câncer de colo do útero (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

É estimado que a redução de cerca de 80% da mortalidade por câncer de colo uterino pode ser alcançada por intermédio do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos. Entretanto, para isso há necessidade de submeter as mulheres ao rastreamento por meio do teste de Papanicolau e garantir qualidade,

organização e integralidade do programa de rastreio. Destaca-se ainda a necessidade de alcance de níveis elevados de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas (BRASIL, 2004, 2005b).

O rastreamento do câncer do colo do útero é ainda uma questão complexa, pois é preciso submeter todas as mulheres ao exame, o que não acontece, pois em muitas regiões existem dificuldades de acesso ao serviço de saúde.

É fundamental que os serviços de saúde orientem a população sobre o que é e qual a importância do exame Papanicolau, pois esse saber favorece a relação entre realização do exame e cuidado com a saúde. Apesar do câncer do colo uterino poder ser prevenido, ainda há mulheres que desenvolvem este tipo de câncer e morrem no Brasil, pelo fato de desconhecerem a finalidade do exame (SILVA *et al.*, 2008).

O programa de prevenção do câncer cérvico-uterino, juntamente com o programa de prevenção do câncer de mama, foram criados como uma forma de cuidar da saúde da mulher, visto que as estatísticas apontam um crescimento acentuado de mulheres acometidas pelo câncer (SILVA *et al.*, 2008).

Um dos objetivos principais do programa de prevenção do câncer cérvico-uterino é a detecção precoce do câncer para evitar que a doença se instale, atingindo estágios mais avançados, dificultando, assim, o tratamento, já que o sucesso do tratamento depende de um diagnóstico precoce (BRASIL, 1999).

A meta do Ministério da Saúde é de que pelo menos 80% das mulheres em idade de risco (25 e 59 anos) realizem o exame preventivo. Para tal, criou-se o Programa Viva Mulher para desenvolvimento de ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, que incluem diagnóstico precoce (exame Papanicolau e exame de confirmação diagnóstico) e tratamento necessário de acordo com cada caso. Este programa consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as representações físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero (BRASIL, 2002c).

As ações deste programa visam "garantir o tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos; e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa" (BRASIL, 2002b).

Por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce das doenças, assim como tratamento e reabilitação em todo território nacional.

Porém ainda não foi observado uma queda na mortalidade do câncer do colo do útero, pois a falta de acesso a serviços de qualidade em razão das distâncias e das desigualdades econômicas é um problema ainda a ser enfrentado.

A meta do Ministério da Saúde é de que pelo menos 80% das mulheres em idade de risco 25 e 59 anos foi o exame preventivo. Pesquisas mostram que este objetivo tem sido cumprido, mas que ainda mulheres na faixa etária de 50 e 59 anos, por exemplo, tem uma menor proporção a procura dos serviços de saúde.

O que nos leva a crer que apesar de conhecimentos sobre prevenção e diagnóstico da doença, no Brasil, o câncer do colo do útero ainda é um problema de saúde pública.

Para impedir o avanço da doença no Brasil, o Programa Viva Mulher desenvolveu ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, que incluem diagnóstico precoce (exame Papanicolau e exame de confirmação diagnóstico) e tratamento necessário de acordo com cada caso, este programa consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as representações físicas, psíquicas e sociais dos cânceres do colo do útero (BRASIL, 2002c).

As ações deste programa visam "garantir o tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa" (BRASIL, 2002b, p.47).

O Programa "Viva Mulher de Controle do Câncer do Colo do Útero", assim como os demais programas de prevenção primária e detecção precoce de doenças e agravos não transmissíveis, tem o sentido de alcançar os grupos mais vulneráveis, direcionando ou redirecionando para esses, orientando o enfoque de políticas e ações educativas a fim de aumentar sua eficiência e efetividade (BRASIL, 2004).

Ressalta-se a importância da abordagem aos fatores de risco e, principalmente, do grau de implementação de ações efetivas de curtos e longos prazos, tanto no plano técnico, no diagnóstico precoce e tratamento das lesões detectadas, quanto nos planos educacional, social e político-econômico (RODRIGUES NETO; FIGUEIREDO; SIQUEIRA, 2008).

### **4.3 Fatores sócio-culturais que interferem na prevenção do câncer de colo do útero**

Em todas as regiões do mundo, o câncer de colo do útero está relacionado com o baixo nível sócio-econômico e em grupos com maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2002b). Considera-se que nesses grupos estão concentradas "as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para a detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros" (BRASIL, 2002b, p.56).

Quanto à abordagem da mulher para a detecção e tratamento no Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c) identifica que existem as barreiras referentes às dificuldades da mulher e aquelas relacionadas a organização dos serviços de saúde.

As mudanças sócio-culturais e de hábitos sexuais ocorridas nas últimas décadas, fatos decorrentes da comunicação moderna, induzem os jovens ao exercício da precocidade sexual. A pluralidade de parceiros e a exposição precoce aos agentes causais do câncer do colo uterino acarretam, naturalmente, mudança na faixa etária predominante da incidência de lesões precursoras (LONGATO FILHO, *et al.*, 2003).

Esse fato também foi observado na Avaliação Nacional de Rastreamento Cervical de Otago. Os autores responsáveis pela avaliação recomendam o aumento da frequência de rastreamento em grupos de mulheres mais jovens, considerando o crescimento inesperado nos índices de lesões de alto grau entre mulheres de 20 a 34 anos (COPPEL *et al.*, 2000).

Em relação ao preconceito, sabe-se que a história do câncer foi construída sob imagens de vergonha, de abrigo do mal, do castigo divino, da zona de silêncio para se falar na doença, de responsabilização do doente, de comparações às moléstias como sífilis e lepra, de flagelo, de doença que corrói como verme e de argumentos de natureza moral (SANT'ANNA, 2000).

Segundo Cestari (2005), a crença no câncer é de doença cercada de estigmas e fatal. Assim, o estigma do câncer, historicamente construído, é outra barreira a ser ultrapassada na abordagem para realização do exame preventivo.

Canella e Rodrigues (2002) alertam que, como o câncer cervical apresenta fatores de risco relacionados à atividade sexual, este pode ser visto pela sociedade como inadequações do comportamento feminino, apresentando um estigma que, por vezes, o próprio profissional endossa.

Pode-se perceber que as ações de combate ao câncer uterino têm se mostrado limitadas e incoerentes com as reais necessidades da população feminina de maior risco para a doença, uma vez que o acesso para a realização da coleta do preventivo (Papanicolau) tem-se confrontado com algumas barreiras presentes nos mais diferentes aspectos da vida das mulheres.

O Ministério da Saúde, em 2002, por meio de pesquisas constatou que é necessário refletir sobre a aceitação das mulheres ao exame preventivo e que a faixa etária prioritária de assistência está entre 25 a 60 anos de idade (BRASIL, 2002a).

De acordo com Ayoub *et al.* (2000), é pouco frequente o câncer do colo uterino em mulheres com menos de 25 anos, sofrendo um declínio após 60 anos, sendo que sua maior incidência ocorre entre 40 a 50 anos de idade.

Os mesmo autores constataram na pesquisa realizada uma importante redução da cobertura das mulheres com idade de 31 a 45 anos pelo exame de Papanicolau, sendo esta faixa etária a de maior risco.

Não resta dúvida que fatores sócio-culturais interferem na realização do exame Papanicolau: baixo grau de escolaridade, situação conjugal e a paridade da mulher, conscientização para o exercício da cidadania, restrito e seletivo acesso à assistência à saúde.

Segundo Pontes (2002), deve-se identificar as ocupações das mulheres, uma vez que existe relação entre a incidência de câncer do colo do útero e a baixa escolaridade, o tipo de ocupação e renda mensal das mesmas. Há relação entre baixa renda e mulheres suscetíveis ao acometimento do câncer do colo uterino, bem como neoplasias próprias dos adultos e em regiões menos desenvolvidas.

Em relação à renda familiar, o baixo nível sócio-econômico não apenas potencializa os fatores de risco para desenvolvimento de doenças, em razão de precárias condições de moradia, má alimentação; como reforça a pouca utilização dos serviços que visem à promoção da saúde e a prevenção de doenças, em função da carga horária de trabalho das mulheres no mercado de trabalho e ainda no domicílio.

Existe variabilidade de respostas das mulheres frente ao exame ginecológico, sendo que umas buscam informações e outras preferem não ser informadas sobre os passos do procedimento (LATTA; WIESMEIER, 1982).

Noronha *et al.* (1999) observaram que fornecer grande quantidade de informação para aquelas mulheres que preferem não ser informadas, ou vice-versa, pode transformar este exame numa situação estressante. Portanto, torna-se essencial que se individualize a assistência frente às diferenças encontradas durante o atendimento.

De acordo com o Ministério da Saúde, as mulheres apresentam duas posições distintas em relação ao exame ginecológico: aquelas que procuram regularmente pela realização do exame ginecológico, percebendo sua importância num processo de autocuidado; e de outra, aquelas que, mesmo sabendo da importância, evitam o exame (BRASIL, 2005a).

Essa atitude, denominada de evitamento do exame ginecológico, foi relacionada ao sentimento de vergonha e atinge grau de importância considerável quando se percebe que é evitado, mesmo em situação de patologia instalada. O exame ginecológico constitui-se em última instância, na exposição da genitália à observação de outra pessoa.

Em 2003, a Secretaria de Saúde de Santa Catarina realizou uma pesquisa com participação de 48 mulheres, durante a pesquisa foi questionado às mulheres se elas tinham o hábito de observar a própria genitália. Das 48 participantes, somente uma revelou que observava a própria genitália com o auxílio de um espelho (SANTA CATARINA, 2003).

A referida pesquisa também evidenciou a observação de constrangimento ou risos durante a entrevista quando questionadas sobre o assunto, trazendo significados positivos e negativos no trajeto da pesquisa, surgindo indagações em relação a que tipo de educação/informação essas mulheres receberam sobre o corpo e a sexualidade, se as mesmas convivem com tanta desinformação, dificuldade em relação ao ato de observar-se, rejeição relativa à parte do corpo feminino que justamente a caracteriza como mulher (SANTA CATARINA, 2003).

Salas (1990), em sua prática clínica em psicanálise, relata sobre a dificuldade que tanto a menina como a mulher adulta tem de se mostrar, de se tocar e nomear seu genital. Essas proibições/inibições características das mulheres são

denominadas “não nomear, não olhar, não tocar”, compondo um quadro de total anulação do genital feminino.

Nos relatos deste estudo, evidenciou-se a impressão de que o evitamento do exame ginecológico provém de outra atitude, a de ocultamento dos genitais femininos, provocado por forte sentimento de vergonha. Não foi simplesmente o recato referente uma parte considerada íntima, não destinada à comunicação em geral, como o rosto ou as mãos, mas destinada ao contato amoroso, íntimo. Esse sentimento de vergonha avança em alguns casos, além disso, como demonstram relatos de vergonha do próprio marido (SANTA CATARINA, 2003).

Carvalho; Furegato (2001) afirmam que não se nasce mulher, mas torna-se mulher, descrevendo o processo pelo qual passam as mulheres em sua formação. Suas descrições sobre o ocultamento/negação do órgão genital feminino numa intenção clara ou dissimulada de ocultamento/negação da própria sexualidade feminina parecem tão atuais quanto os depoimentos das entrevistadas.

Para as referidas autoras, a mulher rejeita ou esconde o próprio corpo e suas manifestações porque a feminilidade significa alteridade e inferioridade e sua revelação é acolhida com escândalo. Alteridade porque a mulher é o “outro”, já que em nossa sociedade parece que ainda é o masculino que define o ser humano enquanto que, a mulher é “o ser diferente do homem”. Inferioridade porque a mulher é considerada um ser cativo de suas funções fisiológicas de procriação, sendo que “durante muitos períodos não dispõe de si mesma”, ou seja, seu corpo não lhe pertence (CARVALHO; FUREGATO, 2001).

Lerner (2000) discute os efeitos do não esclarecimento das mulheres em relação aos seus genitais, principalmente os externos (vulva), somado ao fato de que a auto exploração desta área não é absolutamente incentivada, podendo levar à ansiedade, confusão e vergonha em relação à sexualidade. Segundo a autora, apenas afirma-se que a mulher não tem pênis, mas não se fala a respeito do que ela tem, ou seja, negligencia-se a validar (a existência) e dar nome aos genitais externos sensíveis da garota.

Essa situação é estendida ao círculo dos profissionais da saúde que, muitas vezes, usam o termo “vagina” para designar os genitais externos da mulher, anulando-se assim a existência da vulva e do clitóris, que aí se localiza como órgão destinado ao prazer, inibindo a responsabilidade sexual feminina e o orgulho pela feminilidade (SANTA CATARINA, 2003).

No caso das mulheres deste estudo, o problema vai além, uma vez que nem a função reprodutiva é ensinada à menina. A vergonha e o desconhecimento que demonstraram em relação aos próprios genitais, provocados por uma educação / inexistência ou inadequação de informação sexual podem estar na base da atitude predominante detectada de evitamento do exame ginecológico (SANTA CATARINA, 2003).

Xavier; Ávila e Correa (1989) descreveram a desinformação e o desconhecimento das mulheres em relação ao próprio corpo, como mecanismo de controle social sobre elas. Os autores afirmam que as representações do corpo feminino como sujo e doentio, acabam produzindo efeitos colaterais como a fuga da consulta com o médico por temor ou vergonha.

Estas informações estão baseadas em experiências desses autores no grupo de saúde da mulher denominado SOS - Corpo em Recife e ressaltam ainda que estas representações negativas do corpo feminino estejam presentes em todas as classes sociais e independente do grau de escolaridade (XAVIER; ÁVILA e CORREA, 1989).

Pode-se identificar semelhança entre os relatos dessas autoras com os depoimentos das entrevistas do estudo realizado em Santa Catarina, delineando um mesmo fator cultural, que evidenciou o constrangimento da mulher com sua genitália, com o conseqüente desconforto em expor-se num exame ginecológico foi um relato comum a todas as participantes das pesquisas.

Xavier; Ávila e Correa (1989), detectaram que as motivações da mulher na busca do exame eram o medo do câncer, o desejo de cuidar-se, a presença de sintomatologia incômoda e a obrigatoriedade do exame na rotina do programa de saúde (no caso, o pré-natal).

#### **4.4 Ações educativas executadas pelo enfermeiro visando a realização do exame Papanicolau na Unidade de Saúde**

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) o desconhecimento da grande maioria das mulheres sobre os riscos do câncer de colo uterino, é um fator

determinante para a ocorrência da doença e salienta que a educação nesta área, é uma das formas de sensibilizar os indivíduos para compreender as informações que são circuladas entre as pessoas, auxiliando-as nas mudanças de comportamento prejudiciais à saúde e em atividades que busquem a qualidade de vida (BRASIL, 2002a).

A proposta de atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família está centrada na família, que é entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. Esse entendimento possibilita às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção além das práticas curativas (BRASIL, 2002a).

Essa estratégia apresenta-se ainda como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e priorização de grupos populacionais.

Alvarenga *et al.* (2000) ressaltam ainda que a educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde, baseia-se no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas.

Desde setembro de 1978, a Declaração de Alma-Ata, constituiu-se no passo inicial para que os governantes tornarem-se conscientes de que para se alcançar a saúde plena, era necessário investir nos cuidados primários de saúde por meio da educação para concretização dos mesmos, conforme alínea VI e VII da declaração de Alma-Ata (PONTES, 2002), descritas abaixo

*VI - Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a unidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.*

*VII – Os cuidados primários de saúde: Incluem pelo menos: a educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e dos métodos para sua prevenção e controle...*

Contudo, as proposições colocadas na Conferência de Alma-Ata (1978), não ganharam tamanha importância dos governos mundiais, no que diz respeito à mudança de hábitos e seus programas, tampouco, a melhor utilização de suas verbas.

De acordo com Pontes (2002), a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, Carta de Ottawa, cujo objetivo era viabilizar a “Saúde para Todos no Ano 2000”, através da promoção, da participação ativa da população no planejamento e reorganização dos serviços, da convocação à ação internacional, constituiu-se em marco na história.

Essa Conferência permitiu um diálogo entre leigos e profissionais de saúde e de outros setores, entre eles representantes dos órgãos governamentais, comunitários e associações beneficentes, assim como, entre políticos, administradores e técnicos sanitários, que coordenaram esforços para definir claramente os objetivos futuros.

Nessa conferência, salientou-se que a responsabilidade pela promoção da saúde deve ser dividida entre serviços sanitários, indivíduos, grupos comunitários, profissionais de saúde, instituições e governos, apoderando a população de sua própria saúde.

Segundo Ayoub *et al.* (2000), surgiu então, no Brasil, um novo paradigma nos programas governamentais, que vem ampliando ações e estratégias para sensibilizar profissionais de saúde acerca da educação como elemento essencial à vida humana, baseada nas dimensões individual e coletiva, enquanto vivenciados de forma pessoal, porém determinados, em relações socialmente estabelecidas.

Para Alvarenga *et al.* (2000), na sociedade atual as pessoas aprendem a obter coisas em vez de tentar fazê-las, elas querem, e exigem como direitos seus, serem educadas, transportadas, cuidadas ou guiadas, em vez de aprenderem a se curar e encontrar seu próprio caminho. Acham “natural” que outras pessoas investidas com a “competência” profissional, intervenham sobre suas vidas em nome da saúde, ou seja, façam o que elas mesmas poderiam fazer. Assim as pessoas vão perdendo gradativamente a força e a vontade de serem autossuficientes, e acabam acreditando que a ação autônoma é impossível, mais do que os profissionais que impõem seus serviços, a crença de que as pessoas não conseguem enfrentar a doença sem recorrer a medicina moderna, causa sérios desgastes na saúde da população, empobrecendo o “meio” em seus aspectos saudáveis curativos,

diminuindo as possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e educação que as pessoas possuem (ALVARENGA *et al.*, 2000).

Freire (1997) afirma que o potencial inerente à educação – de instrumento na transformação das condições sociais – deve ser compreendido numa perspectiva “revolucionária”, na medida em que os sujeitos que a vivenciam pretendam a superação das concepções atuais de vida da humanidade. Tem-se então nesta perspectiva, a educação, como um elo na libertação dos homens, possibilitando-lhes a construção da autonomia coletiva, não como uma alavanca que transforma a realidade por si mesma, todavia constituindo-se em um instrumento da ação crítica e criativa. Nessa pretensão libertadora, o educador assume a dimensão política do seu papel se colocando como conhecedor de algo a ser desvelado, assumindo em conjunto com o educando a apreensão do próprio método de conhecer.

Freire (1997, p.65) complementa que: “a tarefa do educador não é a de quem se põe como sujeito cognoscente diante de um objeto para, depois de conhecê-lo, falar dele discursivamente a seus educandos, cujo papel seria o de arquivadores de seus conhecimentos”. Para ele, a educação exige uma coparticipação no ato de compreender a significação do significado, pois ela é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber. Desta forma, deve-se entender a educação em saúde como educação baseada no diálogo, na troca de saberes. Um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender.

Ayoub *et al.* (2000) enfatizam que o profissional da enfermagem tem um papel fundamental para tal prática, pois, a partir de atividades educativas em saúde, as mulheres não estariam sendo vítimas de seus próprios atos e assim muitos problemas de saúde seriam evitados.

A importância fundamental da educação em saúde na prevenção do câncer cérvico uterino pode ser explicitado a partir de registros de uma pesquisa realizada por Lopes *et al.* (1995) sobre o comportamento da população feminina brasileira em relação ao câncer cérvico uterino. Das mulheres entrevistadas 76,0% relataram algum conhecimento acerca do exame preventivo, todavia 16% dessas, mesmo com a informação do conhecimento sobre o exame, nunca se submeteram ao mesmo anteriormente.

Tal informação é ressaltada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), que revela que nenhuma ação de controle do câncer cérvico uterino avançará sem a

participação do componente educativo que sensibilize a população de mulheres e os profissionais de saúde. Portanto, propõe que sejam oferecidas ações educativas individuais ou em grupos de reflexão sobre os benefícios da realização do exame preventivo a todas as mulheres que buscam os serviços de saúde, por qualquer motivo.

Souza (2001) acrescenta que a educação popular não é uma atividade a mais que se desenvolve nos serviços de saúde, mas uma atividade que reorienta a globalidade de suas práticas e que não basta apenas colher muitos exames para que a mortalidade seja reduzida, é preciso que a lógica epidemiológica prevaleça, de forma que a organização do trabalho a torne possível.

O desconhecimento do verdadeiro sentido e dimensão da educação em saúde leva os indivíduos acreditarem que qualquer atividade em que esteja veiculando e transmitindo informações, resulte na mudança de comportamento e na adoção de atitudes comprometidas com uma vida saudável, colocando a educação em saúde como uma responsabilidade apenas dos profissionais da área (SOUZA, 2001).

Entretanto, embora a educação em saúde ainda tenha, na atualidade, maior influência das práticas de saúde, necessita ser entendida na perspectiva de uma área temática que integra as ciências sociais e as ciências da saúde e que envolve profissionais com formações distintas, em um trabalho interdisciplinar, complementar e cooperativo (BRASIL, 2002a). As ações educativas efetivas, elemento chave na promoção da saúde, possibilitam a autonomia e fornece meios para mudar o próprio comportamento ou ambiente, e nesse sentido necessita uma preocupação metodológica fundamental para que a educação popular seja a criação de espaços em que educando e educador possam, pelo diálogo, deter-se em questões importantes na busca de melhores condições de vida (BRASIL, 2002a).

A UBS, aqui referenciando a enfermagem, ao redimensionar o seu papel aliado a população tentando eliminar o caráter historicamente autoritário – paternalista nas suas relações com a população, cria vínculo e credibiliza as atividades desenvolvidas tanto na unidade como na comunidade prestando permanentemente, cuidados ou promovendo aspectos educativos com ênfase a promoção a saúde e prevenção da doença por meio da democratização do saber (BRASIL, 2002a).

Em relação à atitude das mulheres brasileiras quanto à prevenção e o não atendimento aos programas de captação, as principais causas da resistência estão relacionadas às questões culturais, ao desconhecimento do exame e do local para realizá-lo e aos parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para colher o exame preventivo (ALVARENGA *et al.*, 2000).

Além disso, existe o medo "do exame ser positivo". Assim, muitas mulheres se submetem ao exame, porém não retornam para saber o resultado. Portanto, a estratégia de captação das mulheres para a realização do exame preventivo 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 (SOUZA, 2001).

Uma das principais ações desenvolvidas pelo profissional da enfermagem refere-se à ação educativa de grande relevância, uma vez que muitas mulheres, por seus valores e cultura, não conhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer, portanto as práticas educativas devem buscar

*Sensibilizar as mulheres com vida sexual ativa para a realização do exame e para a importância de se tornarem agentes multiplicadores de informações; orientar quanto aos cuidados para a realização do exame; orientar sobre dúvidas e quanto aos resultados; Usar meios de comunicação eficazes e mensagens adequadas para alcançar as mulheres e sensibilizá-las para a coleta do material para o exame de Papanicolau e divulgar os locais e horários de atendimento dos serviços de saúde que podem realizar o procedimento (BRASIL, 2002a, p.76).*

Portanto, profissionais de saúde cômicos da importância da identificação de fatores de risco não se limitam ao tratamento de doenças, mas participam também ativamente das ações de prevenção e detecção precoce de lesões precursoras e promoção das ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer de colo de útero conforme preconizado pelo Ministério da Saúde,

*Estabelecem uma integração com instituições e grupos que já promovam reuniões regulares, tais como Associações de moradores, Associações de mulheres, Clubes de mães em escolas, Igrejas e outros, para a realização de palestras e também para identificar lideranças comunitárias, objetivando a formação de agentes multiplicadores das informações.*

*Captam essas mulheres nos Serviços de Saúde, onde poderão ser realizadas reuniões de sala de espera, que atingirão mulheres de outras clínicas, além da Ginecologia, com as informações que se quer divulgar. Orientam que previamente não devem fazer uso de duchas ou medicamentos intravaginais durante as 48 horas que precederem o dia do exame; devem evitar relações sexuais nas 48 horas anteriores ao exame; Esclarecem que o exame deve ser realizado fora do período menstrual, porém caso haja sangramento fora do período menstrual, o exame pode ser realizado assim mesmo (BRASIL, 2002a, p.48).*

O câncer cérvico uterino tem todas as características de uma doença para a qual está indicado um programa de prevenção, rastreamento e detecção precoce, uma vez que, esse tipo de câncer tem evolução bastante lenta e o exame colpocitológico (Papanicolau) apresenta alta eficácia para o diagnóstico precoce, além de ser um método aceito pela população e comunidade científica, como seguro, de fácil execução, não invasivo e de baixo custo. Para facilitar que as ações fossem desenvolvidas, o INCA, em parceria com o Ministério da Saúde, desenvolveu treinamentos interativos com abordagens de planejamento estratégico, de forma que a participação de cada um possibilitasse uma visão holística dessa situação e ressaltou a relevância do papel do enfermeiro nessa assistência (BRASIL, 2002a).

O Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional de Controle do Câncer (INCA) destaca que

*o investimento na área de prevenção e de diagnóstico precoce traz, assim, maior benefício social e econômico do que o custeio do tratamento da doença em fase avançada. O trabalho do(a) enfermeiro(a) contribui, portanto, em aspectos muito importantes para as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino, como por exemplo:*

- Promovendo o controle dos fatores de risco do câncer de colo do útero, inclusive das doenças sexualmente transmissíveis.*
- Aumentando o número de mulheres que se submetem ao exame de Papanicolau.*
- Participando da organização de um sistema de registro de casos capaz de garantir que:*
  - a) as mulheres com resultados colpocitológicos normais sejam examinadas a intervalos regulares, segundo as normas do Programa;*
  - b) se proceda a uma ação imediata diante da detecção de um exame anormal; e*

c) o tratamento seja adequado e assegure o seguimento de longo prazo dos casos tratados.

- Reduzindo o índice de perda das mulheres com colpocitologias alteradas.
- Apoiando o encaminhamento das mulheres cuja colpocitologia é anormal, garantindo-se os procedimentos de diagnóstico e tratamento subseqüentes, realizáveis no nível secundário ou terciário do sistema.

Essas mulheres são encaminhadas aos serviços de "referência", por não ser da competência da rede primária o diagnóstico histopatológico do câncer, realizável pelo exame histopatológico do material coletado por colposcopia e biópsia dirigida do colo uterino ou conização (BRASIL, 2002a, 58).

O profissional da enfermagem deve ficar alerta para aspectos que envolvem o cotidiano da mulher, contemplando a avaliação dos problemas relativos ao trabalho, à afetividade e à sexualidade, buscando assim a integralidade da assistência desenvolvendo o hábito de observar como cada usuária vivencia sua ansiedade, de modo a compreender as respostas emocionais, proporcionando um clima de confiança, a fim de que ela possa falar de suas intimidades, expressarem suas apreensões e inquietudes (AYOUB *et al.*, 2000).

Esses autores ressaltam que uma vez que esse profissional também atua como educador em saúde e, a educação da população feminina está diretamente ligada à sensibilização em realizar ou não o exame do colo do útero e de mama por meio das condições oferecidas pelo Ministério de Saúde para assegurar o acesso da mulher aos serviços de saúde (AYOUB *et al.*, 2000).

O enfermeiro, além da facilidade de relacionar com mulheres é considerado um integrante fundamental na luta contra o câncer do colo do útero, portanto o mesmo deve ser dotado de conhecimentos para desenvolver um trabalho na prevenção do câncer cervical eficaz (AYOUB *et al.*, 2000). Acrescenta-se ainda que, pela característica da assistência que o enfermeiro desenvolve torna-se possível problematizar a questão e conhecer o real motivo que afasta a população feminina do exame citológico uma vez que mesmo com conhecimento prévio acerca do preventivo elas não o tornam hábito em suas vidas. Esse papel cuidador do enfermeiro pode contribuir para a redução de novos casos da doença (AYOUB *et al.*, 2000).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a prevalência da realização do exame preventivo tenha se mostrado elevada nos estudos realizados, destaca-se o fato de que muitas mulheres nunca o realizaram, indicando, assim, a necessidade de continuidade das campanhas populares de esclarecimento sobre a doença e sua prevenção, além de reforçar os programas já existentes.

As dificuldades e facilidades para realização do exame Papanicolau apontadas pelas mulheres revelam aspectos importantes a serem repensados pelos profissionais de saúde que atuam na área da saúde da mulher.

Pôde-se identificar nas publicações descritas que o perfil das mulheres que não realizam o exame Papanicolau é baixa escolaridade, situação conjugal irregular, baixa renda. Dentre os motivos que levam essas mulheres a procurar a unidade de saúde e suas dificuldades para a realização do exame, estar o constrangimento (vergonha), a falta de conhecimento sobre a sua importância de realizar o preventivo, comodismo, dificuldade de marcação na unidade de saúde e o medo.

Foi ressaltada, dentre as publicações consultadas, a importância da enfermagem estar atenta para a educação da comunidade sobre os benefícios da detecção precoce do câncer uterino. Para tal, o profissional deve preparar-se para atuar na dimensão do cuidar, prevenindo e detectando precocemente o câncer do colo uterino, a partir das atividades desenvolvidas reconhecendo que o medo é um grande obstáculo na procura da assistência.

Ainda a importância do enfermeiro na atuação de coordenação, organização, responsabilização pela viabilização da campanha, ajudando a divulgar e conscientizar a população, cumprindo o seu papel na luta contra o câncer de colo uterino além da realização de coleta citológica.

Enfatizou-se nas publicações que as atividades educativas do enfermeiro são fundamentais no rompimento do evitamento da realização das atividades que promovem qualidade de vida e que o desconhecimento da maioria das mulheres sobre os riscos do câncer de colo uterino, é um fator determinante para a ocorrência da doença. A educação a respeito do câncer uterino é uma das formas de sensibilizar os indivíduos para compreender as informações que são circuladas entre

os profissionais e usuárias, auxiliando-as nas mudanças de comportamento prejudiciais à saúde e em atividades que busquem a qualidade de vida.

Acredita-se que o profissional deva trabalhar no sentido de criar condições para a que mulher repense os significados atribuídos à sua genitália, fisiologia feminina, sexualidade, à sua condição de mulher, esperando que seja amenizado e se possível extinguido o evitamento do exame ginecológico.

Vale destacar a importância de os profissionais de enfermagem oferecerem acolhimento adequado às mulheres que procuram o serviço de saúde para realizarem o exame preventivo de Papanicolau, pois elas esperam dos profissionais uma interação respeitosa e de confiança. A conscientização sobre a necessidade do exame preventivo e sua realização, quando efetuada de forma adequada, faz com que a mulher tenha atitude positiva em relação ao exame, tornando-se multiplicadora dessa ação em sua comunidade.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, G.C. *et al.* Papilomavírus humano e carcinogênese no colo do útero. **J Bras Doen Sex Transm**, v.12: p.28-38, 2000.

AYOUB, A.C. *et al.* **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.

BATTISTOTTI, A. F. N.; SILVA, V. B. S. **Promovendo o autocuidado na saúde da mulher**: Proposta de agendamento do exame de Colpocitologia Oncótica a partir da análise da cobertura em mulheres da área de abrangência Clínica Integrada de Atenção Básica a Saúde – CIABS no período de 2004/2005. Dissertação (Bacharel em Enfermagem). Universidade do Vale do Itajaí. Biguaçu, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório técnico. Controle do câncer do colo do útero**. Brasília (DF), 1999.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Viva mulher**: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer, Pro-Onco Sociedade Brasileira de Citopatologia. **Nomenclatura e controle de qualidade nos programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino**, INCA, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, INCA, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. 2.ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006.

CANELLA, P.; RODRIGUES, L. H. M. Sexualidade e câncer do colo uterino. **Femina**, Rio de Janeiro, v.30, n.5: p.311-316, 2002.

CARVALHO, M. L. O.; FUREGATO, A. R. F. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/revista](http://www.fen.ufg.br/revista)>. Acesso em 28 nov. 2010.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Guia para prestação de serviços em saúde reprodutiva**. Fortaleza (CE): SSEC, 1998.

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

COPPEL, K. *et al.* Evaluation of a National Cervical Screening Program Otago Site. **N Z Med J**, v.113: p.48-51, 2000.

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.** v.17, n.2, São Paulo, Apr./June, 2008.

DIÓGENES, M. A. R.; REZENDE, M.D.S.; PASSOS, N.N.G. **Prevenção do câncer:** Atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ginecológica aspecto éticos e legais da profissão. Fortaleza (CE): 2001.

FIGUEIREDO, Y. M. D **Avaliação da mortalidade materna no município de Governador Valadares 2002-2004**, Dissertação de Mestrado – Belo Horizonte: UFMG, 2006, 223f.

FREIRE, P. **Direitos humanos e educação libertadora.** In: FREIRE, Ana Maria Araújo (Org.) *Pedagogia dos sonhos possíveis/ Paulo Freire.* São Paulo: Editora UNESP, 1997.

HALBE, H.W. **Câncer de colo uterino:** conceito, importância, incidência e fatores de risco. In: *Tratado de Ginecologia.* São Paulo: ROCA. 1994. v. 2.

KURMAN, R.; SOLOMON, D. **O sistema Bethesda para o relato de diagnóstico citológico cervicovaginal:** definições, critérios e notas explicativas para terminologia e amostra adequada. São Paulo: Revinter, 1994.

LATTA, W.E; WIESMEIER, E. Effects of educational gynaecological exam on women`s attitudes. **JOGN. Nursing**, v.11, n.4: p.242-245, 1982.

LERNER, H. **Mulheres em terapia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LONGATO FILHO, A. *et al.* Frequência de esfregaços cérvico-vaginais em adolescentes e adultas: revisão de 308.630 casos. **Rev Inst Adolfo Lutz**, v.8: p.611-620, 2003.

LOPES, E. R. *et al.* Comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvicouterino. **J Bras Ginecol**, v.105: p.505-516, 1995.

NORONHA, V.L. *et al.* Fatores de risco para câncer em lesões da cérvix uterina. **Rev Paranaense Méd.**, v.13: p.18-24, 1999.

PINHO A.A.; MATTOS, M.C.F.I. Validade da citologia, cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. **J Bras Patol Méd. Lab.** v.38: p.225-231, 2002.

PONTES, A. P. D. A. Detecção precoce do câncer de colo uterino: motivos que levam mulheres a não realização do exame. **Revista SANARE**, n.2: p.155, out/nov/dez, 2002.

RODRIGUES NETO, J. F.; FIGUEIREDO, M. F. S.; SIQUEIRA, L. G. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.10, n.3: p.610-621, 2008.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.** vol.20, n.2, São Paulo, Apr./June, 2007.

SALVIA, R. A. Factores de riesgo del cáncer de cerviz en el municipio Cerro. **Rev Cuba Higiene Epidemiol**, v.37: p.40-46, 1999.

SALAS, V.L.B. **A feminilidade**: uma revisão da fase fálica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

SANTA CATARINA, Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de serviços prevenção do câncer do colo do útero e de mamas**. Florianópolis: SMS, 2003.

SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M. G.; FAVERO, M. H. (Org.). **A mulher e o câncer**. São Paulo: Livro Pleno, 2000. p. 43-70.

SILVA, S. E. D. *et al.* Representações sociais de mulheres amazônicas sobre o exame Papanicolau: implicações para a saúde da mulher. Esc Anna Nery. **Rev. Enferm.** v.12, n.4: p.685-692, dez. 2008.

SOUZA, M.D.C. **Gravidez na adolescência**: Fatores que dificultam o parto e puerpério. Monografia (Curso de Especialização em Obstetrícia): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2001.

XAVIER, D., ÁVILA, M. B., CORREA, S. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M.E. (org) Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. **Coleção Saúde e Realidade Brasileira**. Petrópolis, Vozes, 1989. Cap.10, p. 203-222.

ZIEGLER, L. D. N. **Prevenção do câncer de colo uterino**: Conhecimento, Percepção e Fatores Intervenientes – Um estudo com mulheres de Jaibaras. 2002. Monografia (Especialização em Saúde da Família): Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2002.