

DANIELA MARIA COMUNIAN

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS NA CONSCIENTIZAÇÃO DAS MULHERES  
SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

CONSELHEIRO LAFAIETE- MINAS GERAIS

2012

DANIELA MARIA COMUNIAN

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS NA CONSCIENTIZAÇÃO DAS MULHERES  
SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

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 título de especialista.

Orientadora: Ana Luiza Lunardi Rocha

CONSELHEIRO LAFAIETE- MINAS GERAIS

2012

## RESUMO

O câncer do colo do útero é uma neoplasia importante na incidência e na mortalidade no Brasil, e são agravos que dispõem de métodos de rastreamento para detecção precoce oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Existe a necessidade de se identificar os grupos de mulheres que não realizam o exame de detecção precoce para esses agravos, como forma de implementar as estratégias para captação desses indivíduos visando minimizar a mortalidade pela doença. A importância prática deste estudo foi da conscientização das mulheres sobre a prevenção do câncer de colo de útero e identificação de alguns obstáculos que podem explicar, pelo menos parcialmente, porque algumas mulheres não realizam o exame preventivo de Papanicolaou periodicamente. Foi desenvolvido um estudo bibliográfico com a trajetória de busca de artigos em bancos de dados nacionais e pela realização de leitura seletiva de artigos direcionados para o tema de estudo. Diante dos achados dos periódicos analisados, podemos perceber que existe um evidente despreparo entre as mulheres para enfrentar dificuldades que possam surgir na realização do exame preventivo. Assim, as dificuldades pessoais, psicológicas, sociais e culturais, na forma como foram analisadas neste estudo e, considerando o seu conjunto, são fatores que levam as mulheres a não realizar periodicamente o exame preventivo. Deste modo é fundamental que existam ações de educação em saúde com a finalidade de sensibilizar as mulheres para adotar como rotina a realização do exame preventivo de Papanicolaou. Portanto, é necessário que haja um empenho maior dos profissionais da saúde para que estas mulheres tenham acesso a informações e possam então exercer o auto cuidado que é uma forma de prevenção.

Palavras chaves: Não-adesão, Exame Papanicolaou, Câncer do colo do útero.

## **ABSTRACT**

Cancer of the cervix is an important cancer in incidence and mortality in Brazil, and are problems that have screening methods for early detection offered by the Sistema Único de Saúde (SUS). There is need to identify groups of women who do not perform the test for early detection of these diseases as a way to implement strategies to capture these individuals to minimize mortality from the disease. The practical importance of this study was to identify some obstacles which may explain, at least partly, why some women do not realize the Pap test regularly. It was developed a literature search of articles in national databases, with the realization of selective reading of articles directed to the topic of study. Given the findings of the journals reviewed, we can to note that there is an evident lack of preparation among women to cope with difficulties that may arise in the implementation of screening. Thus, the personal difficulties, psychological, social and cultural rights are factors that lead women to conduct not regular preventive examinations. Thus it is essential that there are actions of health education in order to sensitize women to adopt as routine the completion of Pap smear. Therefore, there must be a greater commitment of health professionals for than these women to have access to informations about forms of prevention and may, this way, exert his self-care.

Keywords: Non-adherence, Pap smear, cervical cancer.

# SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	5
2.	JUSTIFICATIVA	7
3.	OBJETIVOS	8
4.	MÉTODOS	9
5.	REFERENCIAL TEÓRICO	10
5.1	O Câncer de Colo de Útero	10
5.2	Sinais e Sintomas	12
5.3	Fatores de risco	13
5.4	Papiloma Vírus Humano (HPV)	15
5.5	Diagnóstico	18
5.6	Tratamento	20
5.7	Prevenção	22
5.8	Exame Preventivo (Papanicolau)	23
5.9	Políticas Públicas na Prevenção do Câncer de Colo de Útero	24
5.10	A Enfermagem na Prevenção do Câncer de colo de Útero	27
5.11	Sensibilizando e Conscientizando as Mulheres da Importância da Prevenção do Câncer do Colo de Útero	29
6.	DISCUSSÃO	31
7.	CONSIDERAÇÕES	36
	REFERÊNCIA	

# CONHECIMENTOS E PRÁTICAS NA CONSCIENTIZAÇÃO DAS MULHERES SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos, quando comparada aos mais desenvolvidos. A incidência por câncer de colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta, rapidamente, até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (BRASIL, 2007).

Os fatores sociais, ambientais e os hábitos de vida, tais como: baixas condições sócio-econômicas, atividade sexual precoce, pluralidade de parceiros sexuais, tabagismo, doença sexualmente transmitidas como a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), hábitos de higiene precários, entre outros, são alguns fatores de risco para o desenvolvimento de lesões intra-epiteliais e carcinomas invasivos (INCA, 2005).

Quanto mais rapidamente for diagnosticada a doença, maior é a chance de recuperação da mulher e menores serão as complicações no tratamento. A principal estratégia para a prevenção primária da doença é o uso de preservativo (masculino ou feminino) durante as relações sexuais, visto que a infecção pelo HPV está presente em 90 % dos casos de câncer de colo de útero. A prevenção secundária é realizada por meio do exame preventivo (Papanicolaou) para a detecção precoce da doença (INCA, 2005).

A atitude da mulher em relação à realização do exame preventivo é determinante para a incidência do câncer cervical. Muitas mulheres ainda não realizam o exame de prevenção por algumas possíveis razões: aspectos sócio-econômicos e culturais, constrangimento, vergonha, precário nível de informação sobre a gravidade da doença e importância do exame preventivo e a maneira simples de realização do exame (SMELTZER e BARE, 2001).

O controle do câncer de colo do útero depende essencialmente de ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce da doença, e para tal, a educação em saúde funciona como pedra angular sobre a qual se apóiam todas essas ações (BRASIL, 2006).

O interesse pelo tema encontra relevância diante da observação que a mulher, em pleno século XXI, continua deixando de fazer o exame ginecológico anualmente por

fatores culturais. Em um momento onde a busca pela cura das doenças se mostra tão urgente, não há como admitir que as mulheres tenham esse comportamento, tão prejudicial à saúde. E, por se tratar de um exame médico mais invasivo, muitas mulheres não aderem ao exame como forma preventiva, e sim quando estão já com algum problema existente, procurando de forma curativa.

O profissional de saúde deve descobrir novas alternativas no cuidado com a saúde da mulher. Especialmente, em relação ao exame preventivo, devido ao seu caráter constrangedor, tendo em vista que mesmo sabedoras dos riscos do câncer uterino, as mulheres evitam as consultas.

Entende-se que a educação para saúde eficiente é uma linha direta para resultados bem sucedidos e contribuirá para o bem-estar do indivíduo e da comunidade.

## **2. JUSTIFICATIVA**

O câncer do colo do útero é neoplasia importante devido sua alta incidência e mortalidade no Brasil e dispõe de métodos de rastreamento para detecção precoce oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, existe a necessidade de se identificar os problemas desmotivadores que impedem as mulheres de aderirem ao exame de detecção precoce para esses agravos, como forma de implementar as estratégias para minimizar o absenteísmo das mulheres ao exame.

### 3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer de colo do útero é uma neoplasia maligna, localizado no epitélio da cérvice uterina, oriundo de alterações celulares (lesões precursoras) que vão evoluindo de forma imperceptível, terminando no carcinoma cervical invasor. Isso pode ocorrer em um período que varia de 10 a 20 anos (BRASIL, 2006).

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, organizadas em arranjo de forma bastante ordenado. A desorganização destas camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular (BRASIL, 2006).

A ectropia, processo em que o epitélio endocervical invade a ectocérvice, faz com que o epitélio colunar fique exposto, podendo sofrer várias agressões de natureza física, por meio da relação sexual ou pelo aplicador vaginal, química, por meio da acidez vaginal, cremes, lavagens vaginais e pelo esperma; e biológica, como bactérias, vírus (e.g. Papiloma Vírus Humano - HPV) e fungos (HALBE, 2000; ESTADO DE SÃO PAULO, 2004).

A tentativa de restabelecimento para essas agressões se faz por células de reserva existentes logo abaixo do epitélio cilíndrico. Essas células sofrem hiperplasia, passando por um processo chamado “viragem do dicionário genético”, se transformando gradativamente em células escamosas, dando origem a um terceiro epitélio constituído na superfície, por epitélio escamoso, e na profundidade, por epitélio cilíndrico. Todo esse processo é chamado de metaplasia. A área onde ocorre denomina-se zona de transformação típica e localiza-se na junção escamocolunar (JEC), encontrada normalmente na altura do óstio externo, podendo deslocar-se para fora ou para dentro desse óstio, dependendo das ações hormonais, idade e processos infecciosos (ABRÃO, 1995; LIRA NETO, 2000; ESTADO DE SÃO PAULO, 2004).

É importante citar que somente a metaplasia não é capaz de desenvolver um câncer de colo de útero, mas isso depende da existência de um elemento mutagênico na JEC, tais como: HPV, herpes simples tipo 2 (HSV 2) e de tantos outros fatores de risco (ABRÃO, 1995; HALBE, 2000). A JEC passa então a se chamar zona de transformação atípica.

Abrão (1995) relata que a formação do câncer de colo uterino se faz no início da fase da metaplasia escamosa. O mesmo autor classifica as displasias de acordo com sua evolução como:

- Displasia leve: quando as anormalidades estão localizadas nas camadas profundas do epitélio;
- Displasia moderada ou grau intermediário: quando a lesão apresenta-se em mais da metade da espessura do epitélio;
- Displasia acentuada: quando, na maior parte do epitélio, apresentam-se células atípicas; e
- Carcinoma *in situ*: quando não ocorre diferenciação celular por todo o epitélio, mesmo não havendo invasão do estroma, ou seja, seria o precursor do carcinoma invasivo (ABRÃO,1995).

Segundo Brasil (2005), a NIC foi dividida em três graus relacionados com o grau de comprometimento do epitélio:

- NIC I: também conhecido como displasia leve, são anormalidades em células escamosas localizadas na região mais profunda do epitélio, ou seja, nas camadas basais do epitélio estratificado do colo do útero;
- NIC II: é compatível com a displasia leve, relacionada às alterações celulares acometendo 3/4 da espessura do epitélio do colo uterino; e
- NIC III: é a presença de células atípicas por todo o epitélio estratificado, mas sem invasão do tecido conjuntivo subjacente. Pode ser descrito como displasia acentuada ou carcinoma *in situ*.

A coilocitose, alteração que sugere a infecção pelo HPV, pode estar presente ou não. As alterações citológicas do HPV no colo uterino foram reconhecidas pela primeira vez por Koss, em 1956, e receberam o termo coilocitose (SILVA, 2005). Entretanto, seu significado só foi reconhecido 20 anos depois, quando esta alteração foi relatada na displasia leve por Miesels e colaboradores (BICALHO, 2002).

Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasor. Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas essas etapas (BRASIL, 2006).

### **3.2 SINAIS E SINTOMAS**

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006), no Brasil, estima-se que o câncer de colo do útero seja a segunda neoplasia maligna mais comum e a quarta causa de morte por câncer dentre a população feminina.

O câncer de colo do útero é uma doença de crescimento lento e silencioso, sendo assim, progride lentamente por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, se não impossível. Os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor (BRASIL, 2006).

O câncer de colo do útero raramente produz sintomas. Quando ocorrem sintomas tais como: secreção vaginal com odor fétido, sangramento irregular ou sangramento após a relação sexual, a doença pode estar em estado avançado. A secreção vaginal no câncer de colo uterino aumenta de forma gradual e toma-se aquosa e escurecida. Devido à necrose e infecção do tumor seu odor é fétido. Pode ocorrer sangramento leve e irregular entre os períodos de metrorragia ou após menopausa, ou pode acontecer depois de pressão ou trauma brando como, por exemplo, após relação sexual (SMELTZER, 2002).

### 3.3 FATORES DE RISCO

Segundo Potter (2004), fator de risco é qualquer situação, hábito, condição ambiental ou fisiológica que aumente a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo quanto à doença ou a um estado não saudável. A presença de um fator de risco não significa que irá desenvolver uma patologia, mas eles tornam um indivíduo mais susceptível para que isso ocorra.

Brasil (2006) aponta os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer de colo do útero:

- Infecção pelo HPV - sendo esse o principal fator de risco;
- Infecção por HIV e outras doenças sexualmente transmitidas (DST's);
- Início precoce da atividade sexual;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados;
- Baixa condição sócio-econômica;
- Imunossupressão;
- Uso prolongado de contraceptivos orais; e
- Higiene íntima inadequada.

Gontijo (2005) relatou alterações celulares associadas com: maior número de parceiros, baixa escolaridade, tabagismo e história de DST's, em mulheres de 15 a 29 anos, no Acre. Além disso, o autor afirma que o coito precoce pode aumentar a sensibilidade do colo uterino aos agentes sexualmente transmitidos.

De acordo com Halbe (2000), mulheres que iniciaram sua atividade sexual aos 14 ou 15 anos têm maior incidência de câncer de colo do útero quando comparadas as que iniciaram aos 20 anos. Abrão (1995) acrescenta que há raridade de caso de câncer de colo do útero em virgens e freiras, e uma alta frequência em prostitutas, reforçando o fator sexual.

O fumo por sua vez contribuiu como fator de risco para o câncer de colo do útero devido às substâncias cancerígenas presentes em sua composição. As substâncias cotinina e nicotina oncogênicas, são frequentemente encontradas no muco existente no canal cervical de mulheres fumantes. Além disso, o fumo diminui acentuadamente a defesa imunológica do colo uterino, diminuindo os níveis de linfócitos T4 e T8 e das células *natural killer* (NK) (Abrão, 1995).

Segundo estudos de prevalência, mulheres com DST's apresentam lesões precursoras do câncer de colo do útero cinco vezes mais frequentemente do que aquelas que procuram outros serviços médicos. Portanto, essas mulheres têm maior risco para câncer de colo do útero, principalmente se houver infecção pelo HPV (BRASIL, 2006).

As causas infecciosas para o câncer cérvico-uterino foram bastante estudadas na segunda metade do século passado. O HPV está presente em 95 % dos casos da doença (DONABEDIAN, 1988; MINAYO, 2005).

### 3.4 PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

Acredita-se que 50 % da população sexualmente ativa em algum momento da vida vai entrar em contato com o Papilomavírus Humano (HPV). Estima-se que 30 milhões de pessoas, em todo mundo, tenham lesões de verruga genital; 10 milhões de pessoas apresentam lesões intra-epiteliais de alto grau em colo uterino e que ocorrem no mundo 500 mil casos de câncer de colo uterino anualmente. Sabe-se que 11 % de todos os casos de cânceres que acometem as mulheres são causados por HPV. Além de lesões em colo uterino, os cânceres por HPV podem afetar vulva, vagina, ânus, orofaringe, cavidade bucal e laringe (PASSOS, 2006).

O Papilomavírus humano é vírus da família *Papillomaviridae*. Infectam células epiteliais e têm a capacidade de causar lesões na pele ou mucosas. Causam diversos tipos de lesões como a verruga comum e a verruga genital ou condiloma; popularmente conhecida como “crista de galo”. Elas têm crescimento limitado e com frequência regredem espontaneamente. É um vírus icosaédrico, não envelopado e com ácido nucléico constituído de DNA de fita dupla. São pequenos e possuem, no seu genoma, molécula dupla de DNA (BROWN, 1990; CHANG, 1990).

Classificam-se em vários tipos, subtipos e variantes de um mesmo tipo, dependendo da semelhança na sequência dos nucleotídeos. Isto foi possível graças ao desenvolvimento das técnicas de hibridização molecular. Quando existe menos do que 50 % de semelhança com outros membros, é definido um novo tipo e dado um número na ordem da descoberta. Se a semelhança é maior do que 50 % caracterizam-se um subtipo e, se for próxima de 100 %, os vírus são considerados como variantes do mesmo tipo. Desta forma, papilomavírus são genotipados e não sorotipados (CHANG, 1990).

Os papilomavírus podem ser classificados em dois grupos: os de alto risco (16 e 18, principalmente) e os de baixo risco oncogênico (6 e 11, principalmente), segundo sua relação com a gênese do câncer anogenital (SYRJÄNEN, 1989), ou de baixo risco (6, 11, 42, 43 e 44), risco intermediário (31, 33, 35, 51, 52 e 58) (LORINCZ *et al*, 1992).

Existem mais de 100 tipos virais de HPV descritos até o momento e, destes, aproximadamente 35 são encontrados no trato anogenital. O período de incubação é muito variável, e sabe-se pouco sobre a latência ou persistência desses vírus no organismo (ORIEL, 1971).

A maior parte das mulheres infectadas pelo HPV não apresenta sintomas clínicos e, em geral, a infecção regride espontaneamente sem nenhum tipo de tratamento (BRASIL 2002). A infecção por alguns tipos de HPV, considerados de alto risco

oncogênico, está relacionada à transformação neoplásica de células epiteliais, sendo o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Pode ocasionar lesões que, se não tratadas, têm potencial para progressão para o câncer. Em estudo, Van *et al* (2002) observaram que o risco de se desenvolver câncer de colo uterino em mulheres com infecção por HPV é 19 vezes maior. Mulheres com os tipos oncogênicos 18, 31 ou 33 têm risco superior a 50 vezes comparado ao daquelas não-infectadas e, se considerado o HPV 16, este risco é superior a 100 vezes.

A persistência de infecção está associada ao maior risco de desenvolvimento de neoplasia intra-epitelial, especialmente na presença dos tipos 16 e 18 (SCHLECHT *et al*, 2001).

Vários fatores podem contribuir para a infecção por HPV, em especial: início da atividade sexual precoce, grande número de parceiros sexuais e baixa escolaridade. A principal via de transmissão do HPV é por contato sexual. A transmissão pode ocorrer após uma única relação sexual com um parceiro infectado (NONNENMACHER, 2002).

Segundo Parellada (2006), não pode ser descartado a possibilidade de contaminação através de toalhas, roupas íntimas, vasos sanitários e banheiros.

Quando um indivíduo é infectado pelo HPV, o organismo pode reagir de três maneiras:

- A maioria dos indivíduos (> 90 %) consegue eliminar o vírus naturalmente em cerca de 18 meses, sem que ocorra nenhuma manifestação clínica;
- Em um pequeno número de casos, o vírus pode se multiplicar e então provocar o aparecimento das lesões, como as verrugas genitais (visíveis ao olho nu) ou lesões microscópicas, que só são visíveis através de aparelhos com lente de aumento. Tecnicamente, a lesão microscópica é chamada de lesão subclínica. Sabe-se que a verruga genital é altamente contagiosa e que a infecção subclínica tem menor poder de transmissão, porém esta particularidade continua sendo muito estudada; e
- O vírus pode permanecer “adormecido” (latente) dentro da célula por vários anos, sem causar nenhuma manifestação clínica e/ou subclínica. A diminuição da resistência do organismo pode desencadear a multiplicação do HPV e, conseqüentemente, provocar o aparecimento de lesões clínica e/ou subclínica (PARELLADA, 2006 p. 2).

Segundo o INCA (2006), na maioria dos casos de infecção por HPV em mulheres sexualmente ativas, principalmente nas mais jovens, o sistema imune

desenvolve anticorpos que combatem e eliminam o vírus, levando a cura, porém, nem sempre essa defesa consegue uma eliminação completa do vírus.

Tanto homem e mulher infectados pelo HPV e que não possuem verrugas visíveis, na maioria das vezes desconhecem que são portadores do HPV e que podem transmitir o vírus aos seus parceiros sexuais. No entanto, a evolução, a manifestação e o tratamento são diferentes para o homem e para a mulher. Isso se deve, principalmente, as diferenças anatômicas e hormonais existentes entre os sexos. Na mulher existe um ambiente mais favorável para o desenvolvimento e multiplicação do HPV, podendo ocorrer complicações mais sérias, como lesões, que se não tratadas podem evoluir câncer (PARELLADA, 2006).

### 3.5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da infecção por HPV leva em conta os dados da história, exame físico e exames complementares com a pesquisa direta do vírus ou, indiretamente, por meio das alterações provocadas pela infecção nas células e no tecido (INCA, 2006).

Dentre as técnicas utilizadas para o diagnóstico, recomenda-se o Papanicolaou, que é o exame preventivo mais comum. Ele não detecta o vírus, mas sim as alterações que ele pode causar nas células (AYRE, 1949; MEISELS, 1976; SCHNEIDER *et al*, 1987). O exame de Papanicolaou é indicado na rotina de *screening* para o câncer cervical, na presença de lesão HPV e no diagnóstico de neoplasia intra-epitelial ou câncer invasor associado.

Outra técnica utilizada para o diagnóstico do HPV é a inspeção com ácido acético a 5 %. A avaliação do colo uterino com esta solução mostrou-se eficaz para ajudar na identificação de lesões precursoras do câncer cervical, aumentando a sensibilidade da citologia cérvico vaginal. Pode, ainda, ser de grande auxílio na triagem dos casos para a colposcopia e biópsia, mesmo em locais em que não haja condições adequadas para a realização da citologia (GALVANE *et al*, 2002).

A colposcopia é um exame feito por um aparelho chamado colposcópico, que aumenta o poder de visão do médico, permitindo identificar as lesões na vulva, vagina, colo do útero (BRASIL, 2002).

Law *et al* (2001) demonstraram a importância da colposcopia, ao observar que alta porcentagem dos casos de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) de alto grau (NIC 2 e 3) e lesões microinvasoras passariam sem diagnóstico se não fosse o uso da metodologia.

A biópsia dirigida a áreas suspeitas para a realização do exame histopatológico permite estudar o tecido do ponto de vista das alterações morfológicas e confirma o diagnóstico, o qual gradua em gravidade, sem identificar o tipo viral envolvido na lesão. Não prediz com certeza o comportamento biológico das lesões, visto que HPV de baixo risco ou de alto risco podem estar envolvidos e se apresentarem em estágios diferentes em sua evolução (INCA, 2006).

O teste de hibridização molecular é sem dúvida, a técnica mais sensível de detecção da infecção por HPV. O uso desta tecnologia no reconhecimento da presença do HPV oncogênico pode reduzir consideravelmente o número de citologias falso-negativas (WALBOOMERS *et al*, 1995).

A captura híbrida é uma reação de amplificação de sinal e associa métodos de hibridização molecular e antígenos monoclonais. É o exame mais moderno para fazer diagnóstico do HPV. Detecta com alta sensibilidade e especificidade o DNA/HPV em amostra de escovado ou biópsia do trato genital inferior, grupo (de baixo ou alto risco) e a carga viral. É evidente para alguns que a detecção do HPV não pode ser utilizada como ferramenta de diagnóstico isoladamente, mas pode melhorar muito a avaliação de NIC na prática clínica (HOLUB *et al*, 1999).

A reação em cadeia de polimerase (PCR) é um teste de alta sensibilidade, consiste em amplificação do alvo, ou seja, do DNA viral, e posterior hibridização. PCR permite detectar sequências do HPV em tecidos onde não há expressão clínica (JACYNTHO e ALMEIDA FILHO, 1994). PCR tem sido utilizada principalmente em pesquisas, como um padrão para comprovar ou não a existência do DNA do HPV. Em estudo, Nonnenmacher *et al* (2002) encontraram prevalência de 16 % de DNA do HPV em mulheres.

Na análise de citologias falso-negativas, colhidas anteriormente ao desenvolvimento de câncer cervical uterino, observou-se a presença de DNA do HPV em grande parte dos esfregaços, em especial os tipos 16 e 18, quando este material foi colhido até seis anos antes do aparecimento do câncer. Na maior parte das pacientes, o DNA encontrado foi o mesmo na lâmina de citologia e nas biópsias de câncer. Concluiu-se que os erros no rastreamento pela citologia podem ser reduzidos se for associada à técnica de PCR para a pesquisa do HPV (WALBOOMERS *et al*, 1995).

O método de hibridização possibilita a avaliação do tecido ou esfregaço celular ao mesmo tempo em que se avalia a presença ou não do vírus. É o único método capaz de identificar o HPV em todos os estágios da doença com segurança. Sua finalidade não é de diagnóstico de rotina, mas é definitivo na identificação dos tipos e subtipos dos vírus permitindo, deste modo, estabelecer uma melhor estratégia de tratamento e seguimento do paciente (JACYNTHO e ALMEIDA FILHO, 1994).

### 3.6 TRATAMENTO

O tratamento tem por objetivo reduzir ou eliminar as lesões causadas pela infecção. A forma de tratamento depende de fatores como a idade do paciente, o tipo, a extensão e a localização das lesões (BRASIL, 2006).

O tratamento das lesões pode ser realizado no momento do diagnóstico. Ao realizar uma biópsia, o ginecologista pode retirar toda a lesão. Além disso, para o um tratamento correto devem-se considerar as seguintes premissas: diagnóstico concordante entre citologia, colposcopia e histopatológico de biópsia, local das lesões, variedade das lesões, associação com o HPV, tipagem do HPV, análise clínica e epidemiológica cuidadosa e criteriosa, estudo das condições socioeconômicas e pretensão do paciente (ABRÃO, 1995).

Existem diversos tipos terapêuticos, tais como:

- Ácido tricoloroacético (50 % a 90 %): é indicado nos casos de verrugas externas nos homens e mulheres, especialmente quando não há queratinização da lesão e para lesões de mucosa vaginal ou cervical. Na mulher grávida, tem grande indicação, pois não tem efeitos adversos para o feto, independentemente da idade gestacional;
- Fluoruracila: é considerada terapia de escolha em casos de lesão condilomatosa extensa de vagina, resistente a tratamento (STONE, 1995);
- Podofilotoxina (0,5 % em solução ou 0,15 % em creme): é indicada no tratamento de verrugas dos genitais femininos e do pênis, por meio de auto-aplicação em casa. Não deve ser usado em grávidas e crianças. Vários estudos demonstraram a sua eficácia terapêutica. A erradicação das verrugas tratadas com podofilotoxina é demonstrada em 45 % a 88 % dos pacientes. (VON, 1987; BAKER, 1990; GREENBERG, 1991; VON, 1992); e
- Imiquimod (imidazolquinolina a 5 %, em creme): é um medicamento tópico para auto-aplicação que estimula a produção local de interferon e outras citocinas, das quais a principal delas é o interferon alfa. Apresenta indicações precisas. A segurança de imiquimod durante gravidez não foi estabelecida e, por isso, não se recomenda o seu uso na gravidez. O tratamento pode ser prolongado e de alto custo (MEGYERI *et al*, 1995). O interferon age reprimindo as multiplicações viróticas, inibindo a multiplicação celular e a proliferação epitelial. O interferon é mais indicado como tratamento adjuvante

em lesões persistentes ou recidivantes, sobretudo, em imunodeprimidos. Não há relatos de teratogenicidade, porém, a droga deve ser evitada na gravidez e na amamentação. Deve se evitada também em pessoas com cardiopatias, hepatopatias e doença renal crônica. O custo elevado da droga e os efeitos colaterais limitam a sua utilização (ERON *et al*, 1986; FRIEDMAN-KEIN *et al*, 1988).

A cirurgia de alta frequência, conhecida como CAF, é um procedimento que utiliza um bisturi elétrico de alta frequência para a retirada de uma lesão. Este aparelho, simultaneamente, corta e faz a hemostasia do leito cirúrgico sem causar danos ao tecido removido. O objetivo deste tratamento cirúrgico é retirar totalmente a lesão intra-epitelial, promovendo o controle local da doença e a mutilação mínima, por este motivo tem que ser feito sob observação colposcópica. É realizado no ambulatório e tem como grande vantagem a possibilidade de utilização do fragmento para estudo histopatológico e afastar a possibilidade de invasão do estroma (BRASIL, 2006).

Formas terapêuticas como excisão cirúrgica, eletrocauterização e vaporização pelo laser podem remover rapidamente as verrugas, mas estes procedimentos podem ser dolorosos, destrutivos e as recorrências são comuns, ocorrendo no caso da terapia pelo laser entre 9 % e 72 % (STONE, 1995).

### 3.7 PREVENÇÃO

A prevenção do câncer de colo do útero deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolaou. Os programas de prevenção clínica e educativa podem esclarecer sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens do diagnóstico precoce, sobre as possibilidades de cura, sobre o prognóstico e a qualidade de vida, não só para esse tipo de câncer, como para os demais (PINELLI, 2002).

A principal estratégia para a prevenção primária da doença é o uso de preservativo (masculino ou feminino) durante as relações sexuais, visto que a infecção pelo HPV está presente em 90 % dos casos. A prevenção secundária é realizada por meio do exame preventivo (Papanicolaou) para a detecção precoce da doença (INCA, 2005).

Nos últimos anos, foi desenvolvida a vacina contra alguns tipos de HPV. Segundo Bicudo (2006), a vacina Gardasil® é recomendada para mulheres de 9 a 26 anos de idade, desde que nunca tiveram contato com o HPV. São necessárias três doses, que custam, em média, R\$ 380,00 por dose, e que imuniza por apenas cinco anos. Foram produzidos dois tipos de vacina: a vacina quadrivalente que protege dos HPV's tipo 06, 11, 16 e 18, a e bivalente que protege contra os tipos 16 e 18.

### 3.8 EXAME PREVENTIVO (PAPANICOLAOU)

O teste Papanicolaou recebe diversas terminologias, tais como: citologia oncótica, citologia oncológica, citologia exfoliativa e *pap test*. É um exame desenvolvido pelo médico George Papanicolaou para a identificação, ao microscópico, de células do colo uterino, atípicas, malignas ou pré-malignas (ESTADO DE SÃO PAULO, 2004)

O exame preventivo ou Papanicolaou é uma técnica de coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa, ectocérvice, e outra da parte interna, endocérvice em lâmina única. A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada, pois o material coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncótico (BRASIL, 2006).

Para a coleta do material, é introduzido um espécuro vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical (BRASIL, 2006).

As células do material coletado são colocadas em uma lâmina transparente de vidro, fixadas com álcool a 96% (considerado mundialmente como o melhor fixador para os esfregaços citológicos), coradas e levadas a exame ao microscópico, na qual, o profissional capacitado poderá distinguir entre o que são células normais, pré-malignas e malignas (BRASIL, 2006).

Uma adequada coleta de material é de suma importância para o êxito do diagnóstico. O profissional de saúde deve assegurar-se de que está preparado para realizá-lo e de que tem o material necessário para isso. A garantia da presença de material em quantidades suficientes é fundamental para o sucesso da ação (BRASIL, 2006).

Para a realização do exame e garantia de qualidade dos resultados a mulher deve ter como recomendações:

- Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo, a ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta;
- Evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta;
- Anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame;
- O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Aguarda o 5º dia após o término da menstruação. Em algumas situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada (BRASIL, 2006).

### **3.9 POLÍTICAS PÚBLICAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Considerando que a saúde da mulher é prioridade deste governo, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), em parceria com diversos setores da sociedade, com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

Essa Política incorpora, com enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004).

A situação de saúde das mulheres brasileiras é agravada pela discriminação nas relações de trabalho, pela sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico e por outras variáveis como: raça, etnia e situação de pobreza. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente (BRASIL, 2004).

A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

As estratégias de prevenção e controle do câncer de colo do útero e da mama têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e mortalidade), a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esses tipos de câncer, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres (BRASIL, 2006).

Para alcançar esses objetivos, ao longo dos anos, foram elaboradas e implantadas diversas ações, dentre elas o Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer de colo do Útero e Mama (BRASIL, 2004).

O Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer de colo do Útero e de Mama foi criado com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de

serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2004). As diretrizes e estratégias do Programa Viva Mulher foram:

- Articular e integrar uma rede nacional e consolidar uma base geopolítica gerencial do programa;
- Motivar a mulher brasileira a cuidar da sua saúde e articular uma rede de comunicação com a mulher;
- Reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde e redimensionar a oferta real de tecnologia para o diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero, definindo mecanismos de financiamento da rede;
- Melhorar a qualidade de atendimento à mulher e informar, capacitar e reciclar recursos humanos envolvidos na atenção ao câncer de colo do útero, de forma continuada nos diversos níveis (BRASIL, 2004).

Desta forma, as diretrizes e estratégias traçadas para o Programa contemplam a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Além disso, a capacitação de recursos humanos e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde fortalecerão e aumentarão a eficiência da rede formada para o controle do câncer (BRASIL, 2002).

Atualmente, as estratégias principais para o controle desta doença, no Brasil, baseiam-se na disponibilização do exame citopatológico (Papanicolaou) para as mulheres entre 25 e 59 anos de idade, no tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100 % dos casos e no monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas suas diferentes etapas (BRASIL, 2002).

Para isso foram desenvolvidas três fases do programa: projeto piloto, fase de intensificação e fase de consolidação. O Projeto Piloto foi implantado a partir do primeiro semestre de 1997 em seis localidades brasileiras: Curitiba (janeiro de 1997), Brasília, Recife e Rio de Janeiro (março de 1997), Belém (abril de 1997) e Estado de Sergipe (janeiro de 1998). Ele forneceu as bases técnicas para as outras fases subsequentes, tais como: a necessidade de dar ênfase à faixa etária de 35 a 49 anos e a introdução da Cirurgia de Alta Frequência (CAF) com a metodologia "ver e tratar" (BRASIL, 2002).

Em agosto de 1998 foi iniciada a Fase de Intensificação, para a qual todas as mulheres brasileiras foram convidadas a participar, prioritariamente as com idade entre 35 a 49 anos, sendo introduzida, em nível nacional, uma base de dados, o Sistema de Informações de Controle do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO), capaz de fornecer subsídios para um planejamento futuro. Com a participação de 97,9 % dos municípios

brasileiros, a expansão nacional mostrou que, para se atingir um grande número de mulheres, garantindo a realização do exame citopatológico e do tratamento, seria necessário um grande programa de capacitação de recursos humanos, inclusive gerencial, reestruturação da rede de serviços, sistema de informação adequado e garantia de financiamento dos procedimentos envolvidos, o que foi implementado durante os anos de 1999 e 2000, na Fase de Consolidação (BRASIL, 2002).

As metas e estratégias são ambiciosas, mas não se podem descartar outros objetivos a serem alcançados. Apesar do enfoque do Programa ser o câncer de colo do útero e de mama, a assistência integral à mulher deve ser incentivada. Estas ações de saúde devem ser implementadas de maneira progressiva e crescente em complexidade, de acordo com a capacidade operacional de cada unidade de saúde (BRASIL, 2002).

### 3.10 A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

A enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes.

A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (CAVALCANTI, 2004).

As ações preventivas em saúde devem basear-se em princípios que norteiam toda a elaboração de programas preventivos em saúde. Esses princípios devem ser adotados por profissionais de qualquer área da saúde que atuam na assistência à mulher, a criança e os adultos. Em enfermagem, esses princípios estão diretamente relacionados às atividades assistenciais, educativas e de pesquisa exercida pelo enfermeiro (MIRANDA, 1996).

A prevenção do câncer de colo do útero está baseada no rastreamento da população, no diagnóstico exato do grau da lesão e no tratamento. Esta população é constituída por todas as mulheres que apresentam probabilidade de ter lesões pré-cancerosas detectáveis pelo exame citológico (REIS *et al*, 1992). Desse modo, um elemento essencial neste aspecto é a questão da cobertura da população em relação à prevenção.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1995), a atual tendência de mortalidade, sugere que a cobertura do exame preventivo na população é baixa.

A atitude da mulher em relação à realização do exame preventivo é determinante para a incidência do câncer cervical. Muitas mulheres ainda não realizam o exame de prevenção por algumas possíveis razões relacionadas a aspectos sócio-econômicos e culturais, constrangimento, vergonha, precário nível de informação sobre a gravidade da patologia e importância do exame preventivo, bem como a maneira simples de realização do mesmo. A enfermagem possui papel importante na educação das mulheres no que diz respeito à adesão ao exame preventivo, como processo de auto cuidado e prevenção em saúde (SMELTZER e BARE, 2001).

Para Pinho (2003), o sucesso do rastreamento do câncer uterino depende, acima de tudo, da reorganização da assistência à saúde das mulheres, da capacitação dos profissionais da área, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e

controle das doenças, do estabelecimento de ações humanizadas e equitativas, do respeito às diferenças culturais, da eliminação das barreiras e das iniquidades de acesso e utilização dos serviços preventivos.

Em países como o nosso, onde os recursos financeiros são restritos, a solução não está na implementação de técnicas avançadas, mas, sim, na medicina preventiva, ou seja, educação em saúde (PASSOS *et al*, 2001).

No Brasil, as ações de prevenção não recebem atenção que as caracterizem como ações educativas, isso se deve à falta de conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce e à falta de definições dos serviços de saúde sobre o caminho a ser percorrido pela mulher, desde a queixa até o diagnóstico e tratamento especializado (LOPES, 1998).

É importante considerar que a prevenção não depende apenas de aspectos técnicos, mas de outros fatores, dentre eles a educação em saúde. A Estratégia Saúde da Família conta com o profissional enfermeiro atuando não somente na colheita citológica, mas, especialmente, na promoção da saúde. O enfermeiro é um educador em saúde por excelência e está preparado para atuar na dimensão do cuidar, incluindo aí, a prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero (DIÓGENES *et al*, 2001).

A prevenção do câncer de colo de útero é uma atividade inerente às equipes de Saúde da Família, definida como estratégica no Pacto pela Vida, publicado através da Portaria nº 399/06 do Ministério da Saúde e assumida formalmente por gestores municipais (BRASIL, 2006).

Rouquayrol e Goldbaum (1999) definem prevenção em Saúde Pública como uma ação antecipada, que tem por objetivo, interceptar ou anular a evolução da doença. Estes autores ainda apresentam a prevenção como ações abrangentes, no sentido de que estas ações, antes de serem técnicas, educativas, deveriam se dar no palco das decisões político-econômicas, por entenderem que as ações dos profissionais de saúde se tornam mais eficientes a partir do momento em que as situações sociopolítico-econômicas estejam de acordo com as necessidades das comunidades envolvidas.

Educar o paciente e sua família é parte integrante e fundamental do tratamento do câncer, e outras patologias, em especial considerando-se os bolsões de pobreza e miséria, acompanhados de níveis precários de educação escolar, que levam à desinformação e à dificuldade de acesso a serviços de saúde em muitas regiões do Brasil (VASCONCELOS, 2001).

### **3.11 SENSIBILIZANDO E CONSCIENTIZANDO AS MULHERES DA IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.**

Hoje, muitas mulheres assumem uma tripla jornada de trabalho, tendo que conciliar as atividades laborais com as responsabilidades domésticas, de mãe, esposa e dona de casa e, estão cada vez mais propensas a adoecer, pois muitas desconhecem seus corpos e as medidas preventivas contra algumas doenças, a exemplo do câncer do colo do útero. No entanto, não dedicam o tempo necessário à promoção do seu auto cuidado devido às responsabilidades que assumem dentro e fora do seu contexto familiar.

Uma forma eficaz para que o índice dessa neoplasia reduza é a educação em saúde, por meio do aconselhamento durante consultas e palestras educativas, visto que o exame apresenta eficácia de 100 % no diagnóstico precoce.

Educar o paciente e sua família é parte integrante e fundamental do tratamento do câncer e outras patologias, em especial, considerando-se os bolsões de pobreza e miséria, acompanhados de níveis precários de educação escolar, que levam à desinformação e à dificuldade de acesso a serviços de saúde em muitas regiões do Brasil (VASCONCELOS, 2001).

Para Smelter e Bare (2001), a atitude da mulher em relação à realização do exame de Papanicolaou é determinante para a incidência do câncer cervical. Diante disso, muitas mulheres necessitam do acompanhamento de um profissional que as esclareça sobre suas dúvidas a respeito do câncer uterino como também da importância da realização do exame preventivo. O enfermeiro é o profissional mais presente na assistência da mulher, cabendo a ele o papel de educador, levando às mulheres informações não somente referentes ao exame, mas também em relação à importância do conhecimento dos resultados, assim, como a realização dos tratamentos prescritos.

A respeito do câncer do colo do útero ressalta-se que algumas mulheres podem ter informações equivocadas e, por vezes, não distinguem apropriadamente a coleta de material para o exame preventivo do exame ginecológico. Por consequência, elas buscam a realização do exame, não como medida preventiva, mas como uma forma curativa advinda muitas vezes de queixas ginecológicas com sintomatologias específicas, superestimando então o exame de Papanicolaou (OLIVEIRA *et al.*, 2006). Sendo assim, a mulher ainda se mostra distante da prevenção de algumas doenças, seja por questões de gênero, pelo desconhecimento ou pela dificuldade de acesso aos serviços.

A falta de sensibilização das mulheres com relação ao exame preventivo contra o câncer do colo do útero é a principal razão para que os índices desta doença continuem elevados. Portanto, a utilização da educação em saúde como instrumento de transformação será a forma mais viável e concreta de modificação de hábitos.

No Brasil, as ações de prevenção não recebem atenção que as caracterizem como ações educativas, isso se deve à falta de conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce e à falta de definições dos serviços de saúde sobre o caminho a ser percorrido pela mulher, desde a queixa até o diagnóstico e tratamento especializado (LOPES, 1998).

Desta forma, percebe-se o quanto é importante reconhecer a especificidade da condição feminina e as desigualdades de gênero, quando se pensa na abordagem do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras, pois há que se refletir como a mulher vivencia a sexualidade. Nesse entendimento, é possível olhar a mulher nesta condição, compreendendo como ela enfrenta a situação, permitindo, assim, que se torne sujeito da sua própria vida, capaz de decidir e lutar por seus valores e escolhas individuais.

É fundamental que o profissional de saúde elabore práticas para sensibilizar a mulher para adotar como rotina a realização do exame de Papanicolaou. Deste modo a educação em saúde é a peça-chave para minimizar o absenteísmo das clientes nas consultas. Cabe ao profissional de saúde atentar para o processo de comunicação durante a consulta e para a orientação das mulheres, através de grupos educativos, sobre a importância de se fazer o exame anualmente, sobre o alto índice de óbitos relacionados com esse tipo de câncer e sobre outros problemas que possam vir a ser solucionados durante a consulta ginecológica.

Para Pinho (2003), o sucesso do rastreamento do câncer cérvico-uterino depende, acima de tudo, da reorganização da assistência à saúde das mulheres, da capacitação dos profissionais da área, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle das doenças, do estabelecimento de ações humanizadas e equitativas, do respeito às diferenças culturais, da eliminação das barreiras e das iniquidades de acesso e utilização dos serviços preventivos.

A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre estes dois campos tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender (PEREIRA, 2003).

#### **4. OBJETIVOS**

Analisar a produção científica nacional sobre os fatores que geram o absenteísmo das mulheres na realização do exame preventivo de Papanicolaou, procurando apurar as principais intervenções que possam sensibilizar e conscientizar as mulheres para a adesão anual ao exame.

## 5. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica exploratória que, segundo Gil (2006), tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Para Marconi e Lakatos (2005) a pesquisa bibliográfica trata-se de um levantamento de artigos, livros, referenciais teóricos já publicados, com a finalidade do pesquisador ter conhecimento do que existe sobre determinado assunto.

Foi desenvolvido um estudo bibliográfico com a trajetória de busca de artigos em bancos de dados nacionais por meio da realização de leitura seletiva de artigos direcionados para o tema de estudo.

Definiu-se pesquisar nos bancos de dados nacionais, como LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde; SciELO - *Scientific Eletronic Library Online*; Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Unicamp a partir dos seguintes descritores: não-adesão, exame Papanicolaou e câncer do colo do útero.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

Com o levantamento bibliográfico sobre os fatores que dificultam a adesão das mulheres ao exame preventivo, verificou-se que diversos autores já estudaram o tema. E que diversas razões podem ser apontadas, entre elas: razões psicológicas, comportamental, social, sexual e cultural, como exemplo a falta de tempo, medo, vergonha, desinformação, desinteresse, acessibilidade, dentre outros. Fatores estes que impedem a população feminina de fazer parte dos programas de promoção, proteção e prevenção ao câncer uterino, além da importância da realização do auto cuidado com a saúde na prevenção das doenças.

Segundo Pinho *et al.* (2003), pesquisas brasileiras realizadas no estado de São Paulo definem os fatores associados a não realização do exame citopatológico como: relato de boa saúde ginecológica por mulheres, medo, vergonha e desconforto, atendimento público deficiente, dificuldades financeiras e de transporte, falta de tempo, falta de interesse, descuido, falta de recomendação médica e de conhecimento sobre o exame, sua finalidade e importância.

A não realização do exame de Papanicolaou foi observada em alguns estudos associada a fatores como idade, baixo nível socioeconômico, pertencer a determinados grupos étnicos e estado conjugal. A limitação do acesso aos serviços de saúde também se apresenta como um importante fator responsável pela baixa cobertura dos exames de citologia oncológica (CLAEYS *et al.*, 2002; PINHO *et al.*, 2003; SELVIN e BRETT, 2003; AMORIM *et al.*, 2006; COUGHLIN *et al.*, 2008; NELSON *et al.*, 2009).

No Brasil, estudos detectam a existência de barreiras socioeconômicas, geográficas, de transporte e relacionadas com a organização do serviço de saúde prestador do exame. São relatados, também, como motivos para a não realização de exame de Papanicolaou: o constrangimento, o medo de receber um diagnóstico de câncer e a falta de informação sobre a utilidade do exame (PINHO *et al.*, 2003; AMORIM *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2006).

Sentimentos como vergonha e medo de realizar o exame, assim como receio dos resultados; surgem como barreiras que dizem respeito às dificuldades enfrentadas pela mulher por ocasião do exame de Papanicolaou. O momento do exame torna-se assim provocador de tensões emocionais que devem ser trabalhadas antes da realização do exame. No entanto, é necessário que os profissionais de saúde lembrem-se das

elaboraões que permeiam o pensar e o sentir da mulher sobre a realizaão desse exame e que devem ser considerados.

A realizaão cuidadosa do exame e a humanizaão são de suma importância. Faz-se necessário por parte do profissional que acompanha a mulher mostrar-lhe o material utilizado no exame, familiarizá-la com o ambiente, possuir habilidades para decodificar a linguagem científica, além de possuir outros atributos próprios de comunicação interpessoal (SALIMENA, 2000).

Mesmo assim, a mulher ainda se mostra distante da prevenão de algumas doenças, seja por questões de gênero, pelo desconhecimento ou pela dificuldade de acesso aos serviços. No tocante à prevenão, tem-se, atualmente, uma preocupação do próprio governo, através das políticas públicas de saúde das mulheres, em realizar ações de promoção e prevenão de diversas doenças.

Em relação à prevenão, Chubaci (2004) realizou estudo comparativo com 149 mulheres de nacionalidade japonesa e brasileira, concluindo que a maioria tinha um nível de escolaridade elevado e que as brasileiras faziam o Papanicolaou com mais frequência do que as japonesas. Ambas conheciam a importância do exame, porém as japonesas tiveram mais dificuldade para fazer o exame. Foi apontado também que a maior dificuldade da realizaão do Papanicolaou pelas japonesas era a vergonha, enquanto que as brasileiras relataram o esquecimento. Observa-se, então, que algumas mulheres já compreendem a necessidade da prevenão, porém outros fatores influenciam-nas para não realizarem o exame para diagnóstico do câncer do colo do útero.

Outro achado importante que os estudos apontam é a existência de um segmento de mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolaou durante a vida (Dias-da-Costa *et al.*, 2003; Hewitt e Breen, 2004). Neste estudo realizado em Campinas foi observado que 9,3 % das mulheres com 40 anos ou mais nunca haviam realizado um exame de Papanicolaou, sendo esse percentual de 8,5 % entre as mulheres de 40 a 59 anos e de 11,1 % naquelas de 60 anos ou mais. Os principais motivos referidos pelas mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolaou foram não achar necessário (43,5 %) e constrangimento (28,1 %). Os serviços privados foram os responsáveis por 56,8 % dos exames de Papanicolaou realizados e os serviços do SUS por 43,2 % (AMORIM *et al.*, 2006). Portanto, podemos verificar que a importância de se ter um corpo saudável, de realizar o auto cuidado e de prevenir doenças nem sempre faz parte do cotidiano das mulheres, especialmente daquelas das camadas mais pobres da população.

Nesta perspectiva, considera-se que estas mulheres estão expostas a maior risco de morbimortalidade por utilizarem com menor frequência os serviços que visam à promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Porém, no tocante à prevenção das doenças, faz-se necessário relatar a dificuldade que as mulheres enfrentam para cuidar de sua própria saúde, porque, na maioria das vezes, estão cuidando da saúde dos filhos, do companheiro ou dos familiares.

Em estudo realizado sobre os fatores que influenciam a não-realização do exame preventivo, Merighi *et al.* (2002) também encontraram motivos associados ao papel da mulher no cuidado com a casa e com os filhos, relacionados ao dia-a-dia repleto de afazeres que socialmente se vêem como necessários, considerando as funções das mulheres que se somam às atividades de casa, ao papel de mãe e à condição de trabalhador fora de casa.

Neste sentido, Maeda (2007) retrata que o fato das mulheres se considerarem saudáveis e não terem nenhum problema ginecológico é um dos motivos para não realizarem o exame para prevenção do câncer cervical.

Outra situação observada é a não adesão das mulheres às campanhas preventivas organizadas pelo governo como forma de prevenir a ocorrência do câncer do colo do útero. Isso mostra que o serviço de prevenção não está sendo compreendido pelas mulheres que o procuram. A lógica da prevenção é escamoteada por algumas mulheres que procuram o serviço de saúde com a finalidade curativa de tratar as dores que estão incomodando.

Cruz e Loureiro (2008) consideram que para o alcance de um maior envolvimento das mulheres em campanhas preventivas faz-se necessário abordar questões relativas à importância do valor do corpo para a mulher, às diferenças culturais, ao conhecimento profissional, além de uma abordagem direcionada e contextualizada ao público pretendido.

Em outro estudo, Brenna *et al.* (2001) identificaram outras dificuldades, tais como: o absenteísmo no trabalho, ocasionado pela necessidade de comparecerem ao serviço de saúde para marcar consulta médica; problemas para deixar os filhos e dificuldades financeiras e de transporte, que dificultam seu acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a procura pelo exame preventivo.

Muitas mulheres manifestam-se de sentimentos como vergonha e desmotivação devido, possivelmente, a questões de tabus que, de acordo com Lopes *et al.* (1999), acabam negando a prática deste exame. Pois a sensualidade feminina ainda sofre grande influência da educação familiar, da cultura patriarcal e religiosa, condenando e

reprimindo de maneira inconsciente a descoberta e a exploração da genitália e, fazendo com que as mulheres criem sentimentos negativos em relação ao seu corpo e à exposição do mesmo.

Deste modo, é de extrema importância analisar a atuação da equipe de saúde a partir da compreensão da vivência das mulheres nessa condição. Desta forma, será possível repensar a assistência e traçar planos de atendimento e acompanhamento direcionados, sensibilizando as mulheres da importância do exame, respeitando sentimentos, valores, medos e tabus que cada mulher traz com relação à ameaça do câncer.

Em um estudo realizado em Pernambuco no ano de 2006, cujo objetivo era avaliar a cobertura real do teste de Papanicolaou e conhecer os fatores associados a não realização do exame, Albuquerque *et al.* (2009) chegaram a conclusão de que ter tido filho foi o fator mais fortemente associado a não realização do exame. O baixo nível de escolaridade também mostrou efeito significativo na comparação com as mulheres com ensino fundamental completo.

Noutro estudo, realizado no município de Campinas – SP entre os anos de 2001 a 2002 com 290 mulheres de 40 anos e mais, Amorim *et al.* (2006) notaram que a não realização do exame de Papanicolaou mostrou-se associada a diversas variáveis demográficas e socioeconômicas. Em que mulheres com idade entre 40 e 59 anos, com até 4 anos de escolaridade, com renda mensal familiar per capita menor ou igual a 4 salários mínimos e que se auto-referiram pretas/pardas apresentaram maior prevalência para não realização do exame. Os resultados revelaram também que a não realização do exame de Papanicolaou foi significativamente mais frequente nas mulheres que não realizaram outras práticas preventivas e de cuidados à saúde, como o auto-exame mensal das mamas, o exame clínico das mamas no último ano e a mamografia nos últimos dois anos. Entre os motivos apontados para a não realização do exame, foi referido com maior frequência o fato de a mulher achar que não é necessário realizá-lo (43,5 %), seguido pelo motivo de considerá-lo um “exame embaraçoso” (28,1 %). O não conhecimento do exame foi referido por 5,7 % das mulheres e a dificuldade em marcar o exame por 13,7 %.

A falta de conhecimento adequado sobre o exame de Papanicolaou e a importância da realização deste pelas mulheres constitui uma barreira de grande importância para os serviços de saúde, pois limita o acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero. O levantamento de conhecimentos e atitudes das mulheres frente ao exame é de grande relevância, pois constituem fator fundamental para avaliar as

estratégias que são adotadas para a prevenção do câncer do colo no Brasil (AMORIN *et al.*, 2006).

A informação é um instrumento essencial para o avanço e a difusão do conhecimento (MARCOVITCH, 2002). Ela pode ser concebida como processo que gera conhecimento, mas sua compreensão depende da crença, opinião, concepção e conhecimentos anteriores. A educação em saúde está vinculada diretamente às informações que o indivíduo recebe e como concebe essas informações. A sua compreensão e utilização depende diretamente da forma que ela é veiculada e as ações para a divulgação da informação devem contemplar as características dos indivíduos e o contexto em que este está inserido, promovendo de forma mais satisfatória a educação em saúde (LARA, 2003).

Com um conhecimento adequado e informações necessárias é possível que as mulheres se aproximem mais dos serviços de saúde e voltem seus olhos para questões como o auto cuidado que é uma forma de prevenção (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Merighi *et al.* (2002) em estudo numa Escola de Enfermagem de uma instituição pública da cidade de São Paulo, do qual participam 63 funcionárias não docentes, demonstraram que a razão referida pelas mulheres que não se submeteram ao exame foram: "porque o médico nunca solicitou", "por falta de tempo", "por esquecimento", "por vergonha", "por achar incomodo" e "desnecessário".

Percebe-se, então, que em relação ao câncer do colo do útero existem medidas preventivas, acompanhamento e tratamento das lesões precursoras. Porém, apesar de todo empenho das organizações públicas, das não governamentais e da sociedade civil as mulheres ainda continuam morrendo por este tipo de câncer.

No entanto, é necessário que haja um empenho maior dos profissionais de saúde para que estas mulheres tenham acesso a estas informações e possam então exercer o auto cuidado. Portanto, é fundamental que os profissionais da saúde propagem essas informações e se aproximam das mulheres promovendo a educação em saúde como forma de prevenção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados nos periódicos analisados, pode-se perceber que existe um evidente despreparo entre as mulheres para enfrentar dificuldades que possam surgir na realização do exame preventivo. E diversos são os fatores que contribuem para desestimulá-las ao comparecimento da consulta ginecológica.

A realização do exame preventivo é uma forma comprovadamente eficaz para o rastreamento precoce da neoplasia do colo uterino e que resulta, na grande maioria dos casos, na cura da doença. Mas para que a eficácia do exame seja mantida é necessário que este seja realizado periodicamente pelas mulheres, fato não observado pela análise deste estudo.

Sintetizando, destacaram-se como os principais fatores que apresentaram maior associação com a não adesão ao exame preventivo das mulheres: o medo, a vergonha, o desconforto, o atendimento público deficiente, as dificuldades financeiras e de transporte, a falta de tempo, a falta de interesse, o descuido, a falta de recomendação médica e de conhecimento sobre o exame, a baixa condição socioeconômica, o medo de receber um diagnóstico de câncer, a acessibilidade, não achar necessário, o absenteísmo no trabalho, o baixo nível de escolaridade, os tabus, entre outros. Tais condições remetem a presença de fatores de risco para o câncer do colo uterino pelo fato de levarem a comportamentos distantes da promoção da saúde, requerendo, portanto, mudanças no estilo de vida.

A adesão das mulheres ao exame preventivo depende de uma série de fatores embutidos principalmente nas percepções das mesmas sobre o exame e sua importância, para que, assim, ocorra a tomada de decisão para a realização de atividades que promovam a saúde, melhorando a qualidade de vida mesmo diante de aspectos sócio-econômicos desfavoráveis e outros fatores. Pois, a não realização da prevenção do câncer poderá acarretar em sérios danos à própria mulher.

Fica evidente, portanto, a necessidade de ampliar as atividades educativas para sensibilizar as mulheres da importância da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero, procurando encontrar soluções para minimizar os obstáculos apresentados pelas mulheres na realização do exame preventivo.

Entende-se que as mulheres percebem o exame preventivo de forma equivocada. A forma mais eficaz de esclarecer as mulheres dos aspectos preventivos

deste exame é através da disseminação da informação e, a partir daí a construção de um conhecimento adequado.

É importante salientar que a prevenção não depende somente de aspectos técnicos, mas também da educação em saúde que deve permear todo o âmbito das ações de prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino, como também sensibilizar a mulher da importância do auto cuidado com sua saúde, independente de pequenos problemas.

Do exposto, observa-se a necessidade de reforçar orientações que valorizem hábitos de auto cuidado para a prevenção dessa neoplasia, bem como promover meios em conjunto com as instituições públicas de saúde do município com vistas a possibilitar o acesso das mulheres trabalhadoras à realização periódica do exame citopatológico para prevenção e controle do câncer uterino. Pois não adianta estimular a população feminina para realizar o exame preventivo, se as pacientes não têm acesso à consulta, devido às longas distâncias, ao trabalho, ao medo, aos tabus e a outras dificuldades.

A partir da análise dos fatores relacionados a não adesão das mulheres ao exame preventivo, consideramos fundamental para as mulheres a adoção de uma nova postura de viver a saúde. Há que se aprender uma nova forma de vivenciar essas questões cabendo, muitas vezes, ao profissional da saúde, quebrar tabus e atuar como um facilitador do acesso destas populações ao conhecimento. Pois a prevenção de enfermidades consiste no desenvolvimento de estratégias que reduzam os fatores de risco de enfermidades específicas ou que reforcem fatores pessoais que diminuam a sua suscetibilidade à enfermidade. Entretanto, o conceito de prevenção vai além, podendo utilizar estratégias que reduzam as consequências da doença, uma vez que esta já esteja estabelecida e, a partir de então, é possível realizar uma distinção entre prevenção primária e prevenção secundária.

Assim, as dificuldades psicológicas, comportamentais, sociais, culturais pessoais e ambientais, na forma como foram apresentadas neste estudo e considerando o seu conjunto são fatores importantíssimos para levar a mulher a não fazer periodicamente o exame preventivo de Papanicolaou. Não resta dúvida que a falta da adesão das mulheres ao exame preventivo poderá ser minimizada com ações educativas. O profissional da saúde deve atentar para acolher a mulher durante a consulta e criar um vínculo, uma empatia, para que ela possa superar esses problemas e se sentir esclarecida e motivada a voltar no ano seguinte. Deste modo, identificar os fatores associados ao conhecimento, às atitudes e à prática do exame, permite propor mudanças de estratégia para os programas preventivos, orientando e redefinindo ações de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, F. S. *Tratado de Ginecologia Genital e Mamária*. São Paulo: Roca, 1995.

AMORIM, V. M. S. L.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, n. 22, v. 11, p. 2329-2338, 2006.

AYRE J.E. The vaginal smear: "precancer" cell studies using a modified technique. **Am J Obstet Gynecol** 1949; 58:1205-19.

BICALHO, S. M; ALEIXO, J. L. M. O Programa "Viva Mulher": Programa nacional de controle do câncer de colo uterino e de mama. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n. 01, p. 1-7, 2002.

BICUDO, F. Homens na berlinda. **Revista Pesquisa FAPESP**, São Paulo, ed. 125, Jul. 2006. Disponível em: <[http://www.revistapesquisa.fapesp.br/?art=2999 &bd=1&1g=>](http://www.revistapesquisa.fapesp.br/?art=2999&bd=1&1g=>)>. Acesso em: 09 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer. Rio de Janeiro:Pro Onco, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Coordenação de programas de Controle de Câncer. **Seminário Interno sobre Prevenção e Controle de Câncer**. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**. Volume 3. – Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL, Governo do Estado de São Paulo. (FOSP). **Condutas clínicas frente ao resultado do exame Papanicolaou**. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria G.M Nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Humanização e acolhimento à mulher na atenção básica. **Cadernos de atenção básica**, n 13 – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de 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. 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf)>. Acesso em: 06 nov. 2010.

BRENNA, S. M. F.; HARDY, E. ; SEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Conhecendo, atitude e prática do exame de papanicolaou em mulheres com câncer uterino. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.909-914, jul.- ago.2001.

BROWN D.R, FIFE K.H. **Human papillomavirus infections of the genital tract**. Med Clin North Am 1990; 74:1455-85.

AVALCANTI, S.M.B, CARESTIATO, F.N. **Infecções causadas pelos papilomavírus humanos: atualizações sobre aspectos virológicos, epidemiológicos e diagnosticados**. DST. J Bras Doenças Sex Transm. 2006; 18(1):73-9.

CHANG F. **Role of papillomaviruses**. J Clin Pathol 1990; 43: 269-76.

CHUBACI, R. Y. S.; **Vivenciando a detecção precoce do câncer cérvico-uterino nas cidades de Kobe/Kawasaki - Japão e São Paulo - Brasil**: uma visão da fenomenologia social. 184 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em:<<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200116133009015014P5>>. Acesso em: 15 dez. 2010.

CLAEYS, P.; GONZALEZ, C.; PAGE, H.; BELLO, R. E.; TEMMERMAN, M.; Determinants of cervical screening in poor area: results of a population-based survey in Rivas, Nicaragua. **Tropical Medicine & International Health**, n. 7, v. 2, p. 935-941, 2002.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P.; A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências históricoculturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 120-131, 2008. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo)>. Acesso em: 17 out. 2010.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; GIGANTE, D. P.; MENEZES, A. M. B. MACEDO, S.; BORBA, A. T; Cobertura do exame citológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2003; 19(1):191-97.

DIÓGENES, M. A. R. PASSOS, N. M. G.; REZENDE, M. D. S. **Prevenção do Câncer: atualização do Enfermeiro na Consulta Ginecológica: aspectos Ético e Legais da Profissão**. Fortaleza. Puchais Ramos 2001.

DONABEDIAN A. **The quality of care. How can it be assessed?** JAMA 1988; 260 (12): 1743-8.

ERON, L.J; JUDSON, F; TUCKER, S; PRAWER, S; MILLS, J; MURPHY, K. **Interferon therapy for condylomata acuminata**. N Engl J Med 1986; 315:1059-64.

FRIEDMAN-KEIN, A.E; ERON, L.J; CONANT, M; GROWDON, W; BADIAK, H; BRADSTREET, P.W. **Natural interferon alfa for treatment of condylomata acuminata**. JAMA 1988; 259:533-8.

GALVANE JO, ROTELI-MARTINS C, TADINI V. **Achados da inspeção visual com ácido acético para rastreamento de câncer do colo uterino**. J Bras Doenças Sex Transm 2002;14: 43-5.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. Editora: Atlas. São Paulo, 2006.

GONTIJO, R. C. Avaliação de métodos alternativos à citologia no rastreamento de lesões cervicais: detecção de DNA-HPV e inspeção visual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 269-275, 2004.

GREENBERG, M.D, RUTLEDGE, L.H, REID R, BERMAN, N.R, PRECOP, S.L, ELSWICK, R.K. **A double blind randomized trial of 0.5% podofilox and placebo for the treatment of genital warts in women.** Obstet Gynecol 1991; 77:735-9.

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

HOLUB Z, LUKÁČ J, CHVÁLOVÁ M, BROZKOVÁ H, NOVÁKOVÁ M, POUSTKOVÁ M. **Evaluation of the role of the HPV test in routine clinical practice: prospective study.** Ceska Gynekol 1999; 64:238-41.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Viva Mulher - **Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas.** Rio de Janeiro, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Câncer do colo do útero [site na Internet]. 2005. [acesso em 05 ag. 11]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=326](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326)

JACYNTHO, C.; ALMEIDA FILHO, G. L. Papiloma Virose Humana: HPV. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994.

LARA, M. L.; CONTI, V. L. Disseminação da informação e usuários. **São Paulo em perspectiva**, n. 17, v. 3/4, p. 26-34, 2003.

LAW K.S, CHANG T.C, HSUEH S, JUNG S.M, TSENG C.J, LAI C.H. **High prevalence of high grade squamous intraepithelial lesions and microinvasive carcinoma in women with a cytologic diagnosis of low grade squamous intraepithelial lesions.** J Reprod Med 2001; 46:61-4.

LIRA NETO, J. B. **Atlas de citopatologia e histologia do colo uterino.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

LOPES, R. L. M. A mulher vivenciando o exame ginecológico na prevenção do câncer cervico-uterino. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 2, n. 2, p.165-170, 1998.

LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F.; GESTEIRA, S. M. A.; MATOS, M. E. C.; ARGÔLLO, S. L. S.; SANTOS, A. S. M.; REIS, O. R. O exame ginecológico para a prevenção do câncer cervico-uterino: relações de gênero expressos pela clientela. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.45, n.4, p.35-43, 1999.

LORINCZ A.T, REID R, JENSON A.B, GREENBERG M.D, LANCASTER W, KURMAN R.J. **Human papillomavirus infection of the cervix: relative risk associations of 15 common anogenital types**. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 328-37.

MAEDA, S. T. Acesso das mulheres do Movimento Sem Terra aos cuidados do pré-natal e da prevenção de câncer de colo uterino. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, jul/set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 17 out. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamento da Metodologia Científica**. 6. edição. São Paulo: Atlas, 2005.

MARCOVITCH, J. A informação e o conhecimento. **São Paulo em perspective**, n. 16, v. 4, p. 03-08, 2002.

MEGYERI, K, AU, W-C, ROSZTOCZY, I, RAJ, N.B, MILLER, R.L, TOMA, I M.A. **Stimulation of interferon and cytokine gene expression by imiquimod and stimulation by Sendai virus utilize similar signal transduction pathways**. *Mol Cell Biol* 1995; 15:2207-18.

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

MERIGHI, M. A. B.; HAMANO, 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. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, n. 36, v. 3, p. 289-296, set. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 07 nov. 2010.

Minayo MCS. **Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos**. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.19-51.

MIRANDA, C. F. **Cuidando dos pacientes: perguntas e respostas**. São Paulo: USP, 1996

NELSON, W.; MOSER, R. P.; GAFFEY, W. W. Adherence to cervical screening guidelines for U.S. women aged 25- 64: data from 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). **Journal of Women's Health**, n. 18, v. 11, p. 1759-1768, 2009.

NONNENMACHER B, BREITENBACH V, VILLA L.L, PROLLA J.C, BOZZETTI M.C. Identificação do papilomavírus humano por biologia molecular em mulheres assintomáticas. **Rev. Saúde Pública** 2002; 36:95-100.

O ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Coleta do papanicolaou e ensino do auto-exame das mamas**. 2 Ed. São Paulo: Secretaria de Saúde, 2004. 94p. (Manual de procedimento técnicos e administrativos).

OLIVEIRA, M. M. H. N.; SILVA. A. A. M.; BRITO L. M. O; COIMBRA, L. C. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luiz, Maranhão. **Revista Brasileira Epidemiologia**, n. 9, v. 3, p. 325-334, 2006.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre ações de prevenção de colo de útero na estratégia saúde da família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, n. 7, v. 1, p. 31-38, 2007.

ORIEL J.D. **Natural history of genital warts**. Br J Vener Dis 1971; 47:1-13.

PARELLADA, C. Prevenção de câncer- HPV. Disponível em: file //C:/Documents. Acesso: 04 ag. 2011.

PASSOS, M. R. L.; PINHEIRO, V. M. S.; VARELLA, R. Q.; GOULART FILHO, R. **A Doenças Sexualmente Transmissíveis. Se educar, dá para evitar!** Rio de Janeiro: Revinter, 2001

PASSOS, M. R. L. HPV: Que bicho é esse? 4.ed. Pirai: [s. n.]: RQV, 2006.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, n. 1950, p. 1527-1534, set – out. 2003.

PINELLI, F. G. S. Promovendo a saúde. In: BARROS, S. M. O; MARIN, ABRÃO A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**, São Paulo: Roca, 2002.

PINHO, A. A; JUNIOR, I. F; SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19 (Sup. 2), p. S303-S313, 2003.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Traduzido do original: *Fundamentals of Nursing*. José Eduardo Ferreira de Figueiredo (Trad.). 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2004.

REIS, A.F.F. *et al.* **Prevenção do câncer cérvico-uterino princípios epidemiológicos e avaliação dos programas de screening**. *J. Bras. Ginecol.*, Rio de Janeiro, v. 102, n. 11/12, p. 445-47, 1992.

ROUQUAYROL, M. Z; GOLDBAUM, M. **Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças**. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 15-30.

SALIMENA, A. M. O. **Buscando compreender os sentimentos da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia** [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2000.

SCHLECHT N.F, KULAGA S, ROBITAILLE J, FERREIRA S, SANTOS M, MIYAMURA R.A, *et al.* **Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia**. *JAMA* 2001; 286: 3106-14.

SCHNEIDER A, MEINHARDT G, DE VILLIERS EM, GISSMANN L. **Sensitivity of the cytologic diagnosis of cervical condyloma in comparison with HPV DNA hybridization studies**. *Diagn Cytopathol* 1987; 3:250-5.

SELVIN, E.; BRETT, K. M.; Breast and Cervical Cancer Screening: Sociodemographic Predictors among White, Black, and Hispanic Woman. **American Journal of Public Health**, n. 94, v. 4, p. 618-623, 2003.

SILVA, D. W; ANDRADE, S. M; SOARES, D. A; TURINI, B.; SCHNECK, C. A. Cobertura e fatores associados com a realização do exame de Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica**, n. 28, v. 1, p. 24-31, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Avaliação e conduta no tratamento das pacientes com problemas relacionados aos processos fisiológicos femininos. In: BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2001.

SMELTZER, S. C.; CRUZ, I. C. F. (Trad.) Brunner & Suddarth - **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Traduzido do original: BRUNNER & SUDDARTH'S TEXTBOOK OF MEDICAL–SURGICAL NURSING. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2002.

STONE, K.M. Human **papillomavirus infection and genital warts: update on epidemiology and treatment**. Clin Infect Dis 1995; 20:S91-S97.

SYRJÄNEN, K.J. **Epidemiology of human papillomavirus (HPV) infections and their associations with genital squamous cell cancer**. APMIS 1989; 97:957-70.

VAN DER GRAAF Y, MOLIJN A, DOORNEWAARD H, QUINT W, VAN DOORN, L.J, VAN DEN TWEEL, J. **Human papillomavirus and the long-term risk of cervical neoplasia**. Am J Epidemiol 2002; 156:158-64.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VON KROGH, G. **Topical self-treatment of penile warts with 0.5% podophyllotoxin in ethanol for four or five days**. Sex Transm Dis 1987; 14:135-40.

VON KROGH, G, HELLBERG, D. **Self-treatment using a 0.5% podophyllotoxin cream of external genital condylomata acuminata in women: a placebo-controlled, double-blind study.** Sex Transm Dis 1992; 19:170-4.

WALBOOMERS J.M, HUSMAN A.M, SNIJDERS P.J, STEL H.V, RISSE E.K, HELMERHORST T.J, *et al.* **Human papillomavirus in false negative archival cervical smears: implications for screening for cervical cancer.** J Clin Pathol. 1995;48:728-32.