

CAROLINA KARNOPP

**COBERTURA DO EXAME DE PAPANICOLAOU NO BRASIL E
FATORES ASSOCIADOS A SUA NÃO REALIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª Lilian Córdova do Espírito Santo

Porto Alegre

2007

Dedico esta conquista a meus pais,
Cerilo e Leonita, a minha irmã
Andréa, a meu namorado Juliano e
as minhas lindas sobrinhas
Fernanda e Rafaela que, com amor,
me apoiaram muito.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a meus pais Cerilo e Leonita que permitiram com que eu pudesse me dedicar inteiramente ao meu curso e que me apoiaram desde o início. A minha irmã Andréa que acreditou em mim quando nem mesmo eu acreditei e que ouviu muitas vezes minhas lamentações. Ao meu namorado Juliano que, com toda a paciência que se é possível ter, me amparou nos momentos de aflição e conseguiu me compreender quando precisava ficar sozinha. As minhas adoradas sobrinhas Fernanda e Rafaela que me ajudaram até mesmo a produzir este trabalho, apesar de não terem idéia alguma do que se tratava.

Agradeço as minhas colegas de curso Daila Alena, Raquel, Roberta, Fernanda, Cristina, Jemina, Lisiane, Gabriela, Maria Karolina e Gabriela Leite que, muito mais do que colegas se tornaram amigas, e com as quais aprendi coisas importantes sobre o que é viver. A minha orientadora Lilian, que sempre me tranqüilizou, mesmo quando eu pensava que tudo daria errado e que precisou de muita paciência para que pudéssemos construir este trabalho.

Não poderia deixar de agradecer à bióloga Juliana Flach, com quem trabalhei por mais de um ano e que sempre me incentivou a procurar novos caminhos dentro da Enfermagem. Gostaria de agradecer também às enfermeiras Angélica, Gisela, Helena e Carmem do Ambulatório de Quimioterapia do HCPA que confiaram em mim, e às enfermeiras Ana Luiza e Beatriz da Unidade 6º Sul do HCPA que me ensinaram a importância de ser Enfermeira. Obrigada a todos.

“Destino não é uma questão de sorte, mas uma questão de escolha; não é uma coisa que se espera, mas que se busca.”

William Jennings Bryan

RESUMO

Buscou-se, através deste estudo, conhecer a situação da cobertura do exame de Papanicolaou nas regiões brasileiras, além de identificar os fatores relacionados a sua não realização, por meio de pesquisa bibliográfica que utilizou artigos nacionais publicados entre o período de 2000 e 2006. A procura foi realizada através dos bancos de dados Scielo, Medline, LILACS e BDENF e da biblioteca da EENF. Verificou-se que apenas três, das cinco regiões brasileiras, apresentaram estudos referentes ao assunto, Sul, Sudeste e Nordeste, e que nas duas primeiras regiões, concentram-se nos grandes centros econômicos, como Rio Grande do Sul e São Paulo. As regiões Norte e Centro-Oeste não apresentaram pesquisas que abordassem o tema, sugerindo pouca importância atribuída ao assunto. Entretanto, pode-se verificar que, de uma maneira geral, a realização do teste foi boa, atingindo a meta preconizada pela OMS que é de 80% de cobertura. Nota-se que, à medida que diminui o nível socioeconômico, aumenta a não adesão ao exame preventivo. As mulheres que apresentam maior risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, são as mesmas que não estão sendo atendidas pelos programas preventivos. É necessário que a Enfermeira, no seu papel de educadora, sensibilize e mobilize a população feminina para a prática do auto-cuidado. Os programas de saúde, por sua vez, devem desenvolver ações educativas, organizacionais e programáticas, a fim de inserir a mulher no processo do cuidado da sua própria saúde e de facilitar o acesso aos recursos de saúde.

Descritores: neoplasias uterinas, esfregaço vaginal e neoplasia do colo do útero

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
3	REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1	Colo do Útero	10
3.2	Câncer de Colo do Útero	11
3.2.1	Fatores de risco para câncer do colo uterino	13
3.3	Métodos para detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas	14
3.3.1	Classificação e nomenclatura das lesões	15
3.4	Tratamento	16
3.5	Programas de controle do câncer do colo do útero	17
3.6	Exame de Papanicolaou	18
3.6.1	Método de coleta	20
3.6.2	Cobertura do exame de Papanicolaou	21
3.6.3	Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou	22
4	METODOLOGIA	24
5	RESULTADOS	25
5.1	Cobertura do exame de Papanicolaou nas regiões brasileiras	25
5.1.1	Estudos realizados na região Sul (tabela 1)	25
5.1.2	Estudos realizados na região Sudeste (tabela 2)	27
5.1.3	Estudo realizado na região Nordeste	28
5.1.4	Estudo populacional nacional	28
5.2	Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou (Quadro 1)	29
6	ANÁLISE DOS RESULTADOS	37
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer do colo do útero é a quarta causa de morte por câncer em mulheres, sendo o tipo mais comum em algumas áreas menos desenvolvidas do país. Sua ocorrência se concentra principalmente em mulheres acima de 35 anos de idade podendo, todavia, ocorrer na adolescência e em idades mais avançadas. Dentre todos os tipos de câncer, o de colo uterino tem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente, pois apresenta lenta progressão para doença mais grave (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2003).

Segundo Brenna *et al* (2001), a neoplasia de colo do útero ainda constitui-se um problema de saúde pública, por apresentar altas taxas de incidência e mortalidade entre a população feminina de nível econômico e social baixos e em fase reprodutiva, comprometendo o papel da mulher no mercado de trabalho. O número de casos novos de câncer de colo do útero esperados para o Brasil, em 2006, é de 19.260, com um risco estimado de 20 casos para cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100.000), é a segunda neoplasia mais incidente nas regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste (28/100.000, 21/100.000 e 17/100.000, respectivamente) e o terceiro mais freqüente (20/100.000) na região Sudeste (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007 b).

Vários são os fatores de risco relacionados ao câncer do colo do útero, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições sócio-econômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo, à higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais e o vírus do papiloma humano (HPV), estando presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007 a).

O Ministério da Saúde definiu, em 1988, que o teste de Papanicolaou, também conhecido como exame colpocitopatológico, deveria ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, ou naquelas que já tivessem atividade sexual antes dessa faixa etária (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002). A periodicidade preconizada para a realização desse exame é, inicialmente, de uma vez ao ano. No caso de dois exames normais seguidos (com intervalo de 1 ano entre eles), o exame deverá ser feito a cada 3 anos. Em caso de resultados alterados, a mulher deve seguir as orientações fornecidas pelo profissional de saúde que a acompanha (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007 d). Não se conhece

o número de mulheres examinadas, mas sim o número de exames realizados. Estimativas feitas a partir de estudos nacionais e locais mostram um aumento da cobertura na maioria dos casos. Segundo o Inquérito Domiciliar, realizado em 17 capitais e Distrito Federal, com mulheres de 25 a 59 anos, a cobertura do exame variou de 57% em São Luís a 92,9% em Vitória (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007 b).

Países em desenvolvimento, como o Brasil, têm apresentado altas taxas de incidência e mortalidade por esse tipo de neoplasia decorrentes, provavelmente, da baixa qualidade e cobertura do teste. Em países desenvolvidos, o teste de Papanicolaou é o método de *screening* mais utilizado, por ser considerado eficiente, de baixo custo e fácil realização, e a taxa de cobertura alcança os níveis preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que são de 80% (WHO, 2007 a). Com essa cobertura, o teste torna-se efetivo e eficaz para a diminuição das taxas de morbi-mortalidade causadas pelo câncer cervical e alcança seu objetivo, que é o diagnóstico precoce dessa neoplasia. (PINHO; FRANÇA JR., 2003; PINHO; MATTOS, 2002).

Estudos mostram os principais fatores associados à não realização do teste de Papanicolaou no Brasil. Segundo Amorin *et al* (2006), dentre esses fatores estão a idade avançada, o baixo nível sócio-econômico, pertencer a certos grupos étnicos e não ter companheiro, entre outros. A limitação de acesso aos serviços de saúde, por barreiras socioeconômicas, culturais e geográficas, também se apresenta como responsável pela baixa cobertura dos exames de citologia oncológica, sendo um problema a ser enfrentado pelos gestores dos programas de controle do câncer de colo do útero do nosso país.

A idéia de trabalhar com esse tema se concretizou ao término do estágio curricular da disciplina de Saúde Comunitária, realizado no Posto de Saúde da Família Milta Rodrigues, na cidade de Porto Alegre. Durante o estágio, assisti e realizei consultas de enfermagem que incluíam a coleta de material para o exame citopatológico de colo uterino. Apesar de ser um exame relativamente simples de ser realizado e pouco demorado, percebi a grande resistência, por parte de algumas mulheres, para a realização do teste. Os motivos para tal resistência são diversos, e podem implicar seriamente na cobertura do exame, não somente nesta comunidade como em todo o país.

Pretende-se, com este trabalho, descrever a situação da cobertura do esfregaço vaginal nas diferentes regiões do Brasil, além de identificar os fatores associados a sua não realização descritos na literatura nacional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever a situação da cobertura do teste de Papanicolaou nas diferentes regiões do Brasil.

2.2 Objetivo específico

Identificar os fatores associados à não realização do exame citopatológico descritos na literatura nacional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para realização do presente estudo serão abordados conceitos de colo do útero, câncer de colo do útero e de exame de Papanicolaou.

3.1 Colo do útero

O colo uterino é a porção fibromuscular inferior do útero, possuindo formato cilíndrico ou cônico e medindo entre 3 e 4 centímetros de comprimento e 2,5 centímetros de diâmetro. Pode variar de tamanho e forma, dependendo da idade, da paridade e do estado menstrual da mulher. A metade superior do colo uterino permanece acima da vagina, enquanto que a metade inferior projeta-se na parede anterior da vagina e denomina-se porção vaginal. Esta, por sua vez, abre-se na vagina através de um orifício chamado orifício cervical externo. A porção mais facilmente visível ao exame especular é chamada de ectocérvice e a parte que se localiza próxima ao orifício cervical externo é a endocérvice, que em grande parte não é visível, sendo necessário que o orifício externo seja distendido para que ocorra a sua visualização. A ectocérvice é recoberta por um epitélio escamoso estratificado, constituído por várias camadas de células e a endocérvice é revestida por epitélio colunar com uma única camada de células (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004).

O epitélio escamoso tem como funções a proteção mecânica, face à estratificação celular e a proteção biológica, pois o glicogênio das células intermediárias e superficiais desse epitélio se transforma em ácido lático, que mantém a acidez vaginal e a conseqüente defesa do meio. Já o epitélio colunar forma criptas glandulares que secretam mucina originando o muco que protege a cavidade uterina (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004; SILVEIRA; PESSINI, 2000).

Segundo os autores, a junção escamocolunar (JEC) corresponde à linha de encontro entre os epitélios escamoso e glandular e sua localização, com relação ao orifício cervical externo, varia durante a vida da mulher e depende de fatores como idade, estado hormonal, ocorrência de parto, uso de anticoncepcionais orais e certas condições fisiológicas, como gravidez. Depois da puberdade e durante o período reprodutivo, os órgãos genitais femininos

desenvolvem-se sob a influência do estrogênio, fazendo com que o colo uterino aumente de tamanho e o canal endocervical alongue-se. Isso leva à eversão do epitélio colunar da parte inferior do canal endocervical próximo à ectocérvice, denominada ectopia.

Ao expor-se ao meio vaginal ácido, o epitélio colunar evertido sofre interferências no tampão de muco que recobre suas células, o que leva à destruição e substituição desse epitélio pelo epitélio escamoso metaplásico recém-formado. Esse processo de metaplasia, habitualmente típico (*zona de transformação típica – ZTT*), pode se tornar atípico (*zona de transformação atípica – ZTA*), desenvolvendo, assim, as *neoplasias intra-epiteliais cervicais* (NIC). Quando ocorre a falta de estrogênio após a menopausa, o processo atrófico leva a JEC para o interior do canal cervical, o que prejudica a visão dessa área e as alterações que podem ocorrer a esse nível. Dessa forma, o fácil acesso à região do colo do útero é perdido, fazendo-se necessário uma propedêutica que utilize meios para estudo de lesões localizadas no orifício cervical externo e de lesões no interior do canal (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004; SILVEIRA; PESSINI, 2000).

3.2 Câncer de Colo do Útero

O ciclo celular do câncer do colo do útero é controlado por genes supressores e estimuladores da proliferação celular. A formação de cânceres acontece quando ocorrem mutações no conteúdo genético das células que controlam a divisão celular. Essas mutações tornam os proto-oncogenes em oncogenes, que são carcinogênicos e causam multiplicação celular excessiva, levando ao aumento de sua proteína estimuladora do crescimento ou à produção de uma forma mais ativa. Os genes supressores de tumores, em contraste, contribuem para o desenvolvimento de câncer quando são inativados por mutações. O resultado é a perda da ação de genes supressores funcionais, o que priva a célula de controles cruciais para a prevenção de crescimento inapropriado (RIVOIRE *et al*, 2001 a).

De acordo com esses autores, entre os mecanismos de defesa das células humanas estão a apoptose (morte celular programada) e a contagem do número, limitado, de vezes que determinada célula se reproduz. Para que isso ocorra corretamente, existem proteínas responsáveis por cada uma das funções e quando ela é inativada, há uma redução na chance de células geneticamente danificadas serem eliminadas, iniciando-se um processo carcinogênico.

Vários estudos epidemiológicos sugeriram a participação de agentes carcinogênicos venéreos, como sêmen, vírus Epstein-Baar, citomegalovírus e herpes simples tipo II, porém apenas o HPV está comprovadamente associado a esse tipo de neoplasia. As partículas virais infectam, em particular, as células metaplásicas cervicais, que lhe são suscetíveis. Desencadeia-se, então, um processo de hiperplasia de células basais, na qual há replicação do DNA viral e sua incorporação ao DNA celular, surgindo os coilócitos nas camadas intermediárias e superficiais da mucosa cervical. Mesmo quando não há incorporação do DNA viral ao genoma humano, pode haver o desencadeamento de processos neoplásicos, porém, quando há incorporação, ela está freqüentemente relacionada às células malignas (RIBALTA; SILVA, 2000; RIVOIRE *et al*, 2001 b).

Segundo Sellors e Sankaranarayanan (2004), todas as manifestações da carcinogênese cervical ocorrem na zona de transformação. O epitélio metaplásico imaturo, que substituiu o epitélio colunar na ectopia, pode ser infectado de modo persistente por certos tipos de HPV oncogênicos e ter suas células transformadas em células atípicas. A proliferação e a expansão descontrolada dessas células atípicas podem levar à formação de um epitélio displásico anormal, que pode regredir ao normal, persistir como displasia ou progredir para neoplasia invasiva depois de vários anos.

A maioria das lesões de baixo grau é transitória, regride ao normal em períodos relativamente curtos ou não progride a formas mais graves. As alterações celulares benignas incluem inflamação, reparação, metaplasia escamosa imatura, atrofia com inflamação e radiação. Já as alterações malignas, como a NIC de alto grau, têm uma probabilidade muito maior de progredir à neoplasia invasiva, embora uma porcentagem dessas lesões também regrida ou persista. As neoplasias invasivas do colo uterino são, em geral, precedidas por uma longa fase de doença pré-invasiva, que se caracteriza por uma gama de eventos que progridem da atipia celular a graus variados de displasia ou NIC antes da progressão ao carcinoma invasivo. Não há sintomas específicos nem características clínicas que indiquem a presença de NIC. Acredita-se que o intervalo médio para a progressão de lesões precursoras cervicais à neoplasia invasiva é de dez a vinte anos (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004; DERCHAIN; FILHO; SYRJANEN, 2005).

A neoplasia invasiva pré-clínica refere-se à neoplasia cervical precoce com invasão mínima do estroma e em geral não apresenta sintomas ou características clínicas. A paciente pode apresentar secreção vaginal amarelada, fétida e até sanguinolenta, ciclos menstruais irregulares, sangramento pós-coital e dor no baixo ventre. À medida que ocorre a invasão do estroma, a doença torna-se clinicamente manifesta e revela padrões de crescimento visíveis ao

exame especular. Nessa fase mais avançada, a mulher pode apresentar dor importante no baixo ventre, anemia (pelo sangramento), dor lombar (pelo comprometimento uretral), hematúria, alterações miccionais (pela invasão da bexiga) e alteração do hábito intestinal (pela invasão do reto). Histologicamente, 95% das neoplasias cervicais invasivas são neoplasias de células escamosas, enquanto que o adenocarcinoma constitui menos que 5% dessas neoplasias em países em desenvolvimento (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004; RIVOIRE, *et al*, 2001 b).

Com um maior avanço da invasão, a neoplasia pode ocupar a vagina, o paramétrio, a parede lateral pélvica, a bexiga e o reto. A compressão do ureter causa obstrução uretral com hidronefrose e insuficiência renal. As metástases podem invadir diretamente as vértebras e as raízes nervosas causando dor nas costas, e a compressão das veias da parede pélvica e do sistema linfático causa edema dos membros inferiores. Metástases à distância ocorrem ao final da doença e acometem nódulos paraaórticos, pulmões, fígado, ossos e outras estruturas (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004).

3.2.1 Fatores de risco para câncer do colo uterino

A ocorrência do câncer do colo do útero varia de acordo com a região geográfica e geoeconômica analisada, sendo uma doença característica de regiões da periferia urbana e em desenvolvimento, estando relacionada a populações de baixo nível socioeconômico. Nessas populações observa-se uma alta incidência de promiscuidade e multiplicidade de parceiros e, conseqüentemente, doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, a multiparidade e o início precoce da atividade sexual também são fatores de risco para o desenvolvimento dessa neoplasia (RIBALTA; SILVA, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A infecção por HPV isoladamente não é capaz de induzir a progressão de uma célula normal para célula neoplásica, existindo outros fatores necessários para influenciar esta progressão. Entre esses cofatores destacam-se as alterações de condições imunológicas locais na área comprometida, as alterações nutricionais, o hábito de fumar, o sêmen e o uso de contraceptivos orais. Além disso, o maior número de parceiros sexuais estaria relacionado com a infecção pelo vírus, ao passo que os demais cofatores estariam associados com a persistência viral e progressão para câncer (RIBALTA; SILVA, 2000; DERCHAIN; FILHO; SYRJANEN, 2005).

3.3 Métodos para detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas

O primeiro exame a ser realizado é o exame especular macroscópico, no qual se pode observar a ectocérvice e atentar para a presença de ectopias. Nesse primeiro momento é importante observar o aspecto, a forma, as dimensões, a presença de lesões ou tumores (pólipos, condilomas, papilomas, exofitias), a aparência, a cor, a fluidez ou a viscosidade das secreções cervicovaginais. Essa observação possibilita levantar a suspeita de um tumor invasor ainda em condições de ser tratado cirurgicamente (SILVEIRA; PESSINI, 2000; RIVOIRE *et al*, 2001 b).

O diagnóstico do câncer do colo do útero baseia-se na combinação de três métodos, que incluem a colpocitologia oncológica, a colposcopia e anatomia patológica. O primeiro método, mais conhecido como exame de Papanicolaou, consiste na análise das células descamadas do trato genital inferior, especialmente do colo do útero. Como cerca de 55% das alterações ocorrem na JEC, é necessário que esse material contenha elementos representativos dessa área. A colposcopia é a observação do colo do útero através de lentes de aumento, estudando-se a ZT. A anatomia patológica consiste na biópsia, através da qual se obtém uma amostra de tecido do colo do útero, e segue-se ao estudo histológico desse material (FOCCHI; BOVO; SPECK, 2000; RIVOIRE *et al*, 2001 b).

Os esquemas utilizados para o diagnóstico precoce iniciam-se com a realização sistemática do teste de Papanicolaou. Quando o exame for negativo, a paciente é dispensada de qualquer outra propedêutica, caso não apresente queixa clínica como sangramento ao contato sexual ou patologia cervical suspeita à inspeção visual. Em caso de resultado positivo ou presença de queixa realiza-se o exame colposcópico. Se ocorrerem alterações citológicas em células escamosas ou glandulares, as pacientes deverão ser submetidas a nova coleta de material para estudo citopatológico. Caso haja persistência de tais alterações, deve-se seguir à colposcopia e hibridização molecular (HM) para tipagem de HPV (FOCCHI; BOVO; SPECK, 2000).

Ainda para esses autores, em caso de citologia sugestiva de lesões de baixo grau (HPV e/ou NIC I), serão realizadas colposcopia e biópsia dirigida para confirmação diagnóstica, bem como HM. Se a colposcopia e a HM se mostrarem negativas, procede-se ao acompanhamento semestral. Nos casos em que a colposcopia for negativa, porém a HM se mostrar positiva, os controles deverão ser semestrais em caso de HPV de baixo grau e trimestral nos de alto grau. Já na ocorrência de atipias colposcópicas deverão ser realizados

biópsias e tratamentos pertinentes. Se a citologia demonstrar alterações de alto grau (NIC II e III) também serão realizadas colposcopia e biópsia.

3.3.1 Classificação e nomenclatura das lesões

A OMS define displasia como uma lesão na qual parte da espessura do epitélio é substituída por células mostrando variados graus de atipia, leve, moderada e grave, e carcinoma *in situ* quando a lesão na qual toda ou a maior parte do epitélio mostra células com aspecto de carcinoma. O conceito de neoplasia intra-epitelial cervical é utilizado para caracterizar as lesões precursoras do câncer do epitélio pavimentoso cervical (SILVEIRA; PESSINI, 2000).

Segundo Veiga *et al* (2006), o Sistema de Bethesda foi criado em 1988, nos EUA, a fim de uniformizar a terminologia do exame citopatológico do colo uterino. Foram introduzidos os termos citológicos de lesão intra-epitelial de baixo grau (*low grade intraepithelial lesion* – LSIL ou LIBG) compreendendo as lesões sugestivas de HPV e NIC I, lesão intra-epitelial de alto grau (*high-grade intraepithelial lesion* – HSIL ou LIAG), como expressões citológicas de NIC II e III, e atípias em células escamosas de significado indeterminado (*atypical squamous cells of undetermined significance* – ASCUS), definidas pela presença de achados citológicos insuficientes para o diagnóstico de lesão intra-epitelial.

Em 2001, foi revista a classificação citológica da categoria ASCUS, sendo reclassificada em “ASCUS” (células escamosas atípicas de significado indeterminado) e “ASC-H” (células escamosas atípicas não se podendo excluir lesão intra-epitelial de alto grau). O objetivo era diferenciar os casos em que há maior probabilidade de existir lesão precursora desse câncer e que, por esse motivo, devem ser encaminhados para colposcopia. Além disso, existem as anomalias de células epiteliais glandulares, sendo classificadas como células glandulares atípicas (AGC), células glandulares atípicas, provavelmente não neoplásicas, adenocarcinoma *in situ* e adenocarcinoma. Apesar de essa classificação ter sido adotada pela Sociedade Brasileira de Citopatologia a partir de 2002, ainda não foi adotado pelos programas de controle do câncer do colo do útero (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004; VEIGA *et al*, 2006).

3.4 Tratamento

A decisão para a escolha do tratamento de lesões de baixo e alto grau depende de vários fatores, como presença de fatores de risco, desejo da paciente, faixa etária, experiência do profissional da saúde envolvido e dificuldades para o seguimento pós-tratamento. As principais técnicas para a remoção de lesões cervicais incluem os tratamentos destrutivos locais (crioterapia, eletrocauterização, *laser*) e os excisionais (*Loop Electrosurgical Excision Procedure* - LEEP, conização e histerectomia) que têm a vantagem de fornecer material para a confirmação histológica da lesão e das margens (RIVOIRE *et al*, 2001 b).

Os tratamentos destrutivos locais se fundamentam no conceito de que o tratamento das lesões intra-epiteliais não se baseia somente na sua gravidade histológica, mas também na sua extensão e localização. Assim, a crioterapia é o tratamento considerado mais econômico e de fácil aprendizagem (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004; RIVOIRE *et al*, 2001 b).

Além desse método, existem a eletrocauterização que tem como inconveniente o fato de que a profundidade da destruição não pode ser avaliada, mas deverá ser o suficiente para destruir a doença que pode estar presente nas glândulas. A técnica a *laser* não apresenta vantagens em relação a outros métodos e os problemas custo-benefício a tornam inviável para uso corrente (RIVOIRE *et al*, 2001 b).

De acordo com esses autores a presença de neoplasia nas margens e/ou no ápice do cone (após conização) obriga a uma reconização ou a um tratamento cirúrgico maior (histerectomia total simples), assim como a presença de uma neoplasia invasora obriga a uma cirurgia radical. A histerectomia é o tratamento definitivo, porém as pacientes deverão ser seguidas da mesma maneira, pela chance de recorrência no fundo vaginal. Além disso, há a histerectomia total ampliada, que consiste na cirurgia de Wertheim-Meigs, envolvendo a retirada do útero, do terço superior da vagina, dos ligamentos útero-sacros e vesico-uterinos e de todo o paramétrio bilateralmente, até a parede pélvica. Segue-se, então, a linfadenectomia pélvica bilateral, sem a necessidade da retirada dos ovários (RIVOIRE *et al*, 2001 b).

Segundo esses autores, a quimioterapia é usada em doença recidiva ou metástases, sendo que as melhores respostas são em sítios extrapélvicos, pois se evitam os efeitos da radioterapia e da cirurgia pélvica, que comprometem a circulação. Existem vantagens da combinação entre a quimioterapia e a radioterapia, após a cirurgia, em casos de recidiva local e sobrevida das pacientes.

A radioterapia é usada preferencialmente em mulheres com condições mórbidas associadas e de idade mais avançada, pois há um comprometimento da função reprodutora com esse método de tratamento. Acredita-se que a combinação de radioterapia de feixe externo (teleterapia) e braquiterapia intracavitária seja o tratamento mais adequado para esse tipo de carcinoma (RIVOIRE *et al*, 2001 b).

3.5 Programas de controle do câncer do colo do útero

Entre as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS), destacam-se o Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM), em 1983, com o objetivo de implantar ou ampliar as atividades de diagnóstico precoce do câncer cervical e promover ações educativas na prevenção da doença, e o Programa “Viva Mulher”, implantado em 1996 também pelo MS, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), de âmbito nacional e tendo como objetivo rastrear mulheres entre 35 e 49 de idade para realização do exame (HACKENHAAR, CESAR; DOMINGUES, 2006). Em 1998 foi instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (PNCC) que, na realidade foi apenas uma campanha no combate ao câncer cervical invasivo, com pouca expressividade em relação à redução da incidência e mortalidade pelo câncer cervical (NETO *et al*, 2001).

“O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher - consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dessas neoplasias. Através de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde e todos os 26 Estados brasileiros, incluindo o Distrito Federal, são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce em estágios iniciais da doença, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional” (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007 d).

O PAISM, que surgiu em 1983, foi anunciado como uma nova abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito da atenção integral à mulher, não se limitando apenas ao grupo materno-infantil, até então enfatizado pelas políticas de saúde. As diretrizes do programa direcionavam-se à prestação de cuidados à população feminina, enfatizando ações para controlar as patologias mais prevalentes nesse grupo, buscando uma nova postura de trabalho pela equipe de saúde, considerando o conceito de integralidade do atendimento e

promovendo ações educativas, a fim de que as mulheres pudessem ter maior autonomia e controle sobre sua saúde (OSIS, 1998).

De acordo com a autora, o programa também era direcionado ao planejamento familiar, cabendo ao Estado proporcionar meios e informações para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias. A atenção à mulher deveria incluir o controle pré-natal, do parto e do puerpério, além de abordar os problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, controlar as doenças sexualmente transmissíveis, o câncer do colo do útero e de mama e prestar assistência para a concepção e contracepção.

Porém, é constatado que, desde o seu lançamento, o PAISM não foi implantado de maneira efetiva em todo o país. Da mesma forma, outros programas de atenção à saúde da mulher não mostram a eficácia esperada, comprometendo significativamente o combate ao câncer cérvico uterino (OSIS, 1998). Segundo dados da WHO (2007 b), programas de *screening* organizados reduziram a mortalidade causada pelo câncer cérvico uterino em aproximadamente 60% em países Nórdicos. Considerando que essa neoplasia é causa de 11% de todas as mortes por câncer entre as mulheres em países em desenvolvimento, e é um dos que mais oferecem possibilidades de detecção precoce e cura, é necessário que haja um financiamento adequado para os programas de prevenção, principalmente nesses países (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

3.6 Exame de Papanicolaou

Os estudos diagnósticos sobre o câncer de colo do útero iniciaram-se na década de 20, com o conseqüente surgimento da colposcopia e da colpocitologia oncótica no final da década de 30 (FOCCHI; BOVO; SPECK, 2000). Segundo Rivoire *et al* (2001 b), o método tradicional foi estabelecido por George Papanicolaou na década de 40 e classificava o esfregaço de colo uterino em classes (I, II, III, IV e V). Este método apresenta algumas limitações por coletar apenas células superficiais e células descamadas. Em 1947, Richart introduziu o conceito de NIC, sugerindo haver uma continuidade e evolução das lesões displásicas leves até carcinoma invasor.

O objetivo principal desse exame não é o diagnóstico do carcinoma francamente invasivo, mas sim a detecção de pequenos carcinomas e, sobretudo, de lesões pré-invasivas. Não estabelece diagnóstico definitivo, mas conduz à propedêutica seguinte. Esse método

constitui uma estratégia de prevenção secundária, uma vez que a prevenção primária se dá no controle dos fatores de risco. Sua eficácia é superior a 80% quando são analisados, conjuntamente, os casos de neoplasia invasiva e intra-epitelial. A maior acuidade registrada para o método acontece quando a neoplasia se encontra na fase de NIC III, ocasião em que a lesão apresenta maior descamação celular. Como consequência, por ser perfeitamente curável na referida fase, os índices de mortalidade são nitidamente declinantes nas populações rastreadas (FOCCHI; BOVO; SPECK, 2000; PINHO; FRANÇA JR., 2003; SILVEIRA; PESSINI, 2000).

Em um método difundido pelos programas de controle do câncer cervical a fim de rastrear os casos positivos de lesões cervicais, a sensibilidade do exame é fundamental para garantir êxito na detecção precoce e no tratamento das lesões cervicais. Estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, que testou a sensibilidade e a especificidade do teste de Papanicolaou, constatou uma alta sensibilidade (96%) e uma baixa especificidade (51,5%) do exame. O primeiro refere-se ao diagnóstico dos casos verdadeiros de lesões cervicais neoplásicas e pré-neoplásicas, enquanto que o segundo refere-se ao diagnóstico dos casos que não apresentam qualquer tipo de alteração epitelial. Isso significa que o exame permite separar, com facilidade, lesões neoplásicas e pré-neoplásicas daquelas decorrentes de outras causas, como as infecciosas, inflamatórias, tróficas, radioterápicas e quimioterápicas (PINHO; MATTOS, 2002; FOCCHI; BOVO; SPECK, 2000).

Além disso, estudo realizado por Caetano *et al* (2006), que analisou a custo-efetividade das diferentes estratégias diagnósticas utilizadas na detecção precoce do câncer cérvico uterino, constatou que o teste de Papanicolaou foi o que apresentou a melhor razão entre o custo e a efetividade. Métodos que possuem maior sensibilidade permitem intervalos menores de tempo entre os exames, pois garantem que uma maior proporção de indivíduos com doença sejam captados no rastreamento diminuindo, dessa maneira, os custos com os exames.

Estudos mostram um alto índice de resultados falso-negativos de exames citopatológicos, incluindo o teste de Papanicolaou, como é o caso do estudo realizado por Franco *et al* (2006), que concluiu que, na maioria dos casos, esses resultados estão relacionados às condições da coleta, pois a lesão pode não estar adequadamente representada no esfregaço, ou apresentar fatores que dificultam, ou mesmo impossibilitam, a leitura do material.

Por isso, apesar de se constituir em um exame simples, é necessária uma infraestrutura complexa e muito bem organizada para se obter resultados satisfatórios. É

fundamental que as unidades de saúde e os profissionais sejam bem treinados para coletar e preparar o material de forma adequada, laboratórios para corar as lâminas e profissionais especializados para interpretá-las e emitir laudo, e também profissionais treinados para lidar com as anormalidades detectadas (DERCHAIN; FILHO; SYRJANEN, 2005).

3.6.1 Método de coleta

No exame é coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice). Para a coleta do material, é introduzido um espécuro vaginal, e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo com uma espátula de madeira e uma escovinha endocervical. Mulheres grávidas também devem realizar o exame. Neste caso, são coletadas amostras do fundo-de-saco vaginal posterior e da ectocérvice, mas não da endocérvice, para não estimular contrações uterinas. A fim de garantir a eficácia dos resultados, a mulher deve evitar relações sexuais, uso de duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores ao exame. Além disso, o exame não deve ser feito no período menstrual, já que a presença de sangue pode alterar o resultado (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007 a).

A coleta das células é feita na JEC, que pode não coincidir com o orifício anatômico externo do colo. A coleta endocervical, com escova ou espátula adequada, se faz necessário quando a JEC se encontra no interior do canal. Para uma coleta correta são necessários alguns pré-requisitos, como nenhum tratamento tópico nos três dias anteriores, obtenção do material precedendo qualquer outro procedimento, introdução de espécuro ou valvas sem lubrificante e ausência de sangramento. É importante salientar que, em casos de tumores volumosos do colo uterino, é comum falso-negatividade citológica. Isso se deve a essas formações tumorais se encontrarem, com frequência, recobertas por tecido necrótico que impede a descamação de células tumorais preservadas (SILVEIRA; PESSINI, 2000; FOCCHI; BOVO; SPECK, 2000).

3.6.2 Cobertura do exame de Papanicolaou

Juntamente com as técnicas de diagnóstico do câncer cervical, surgiram campanhas de rastreamento dessa neoplasia as quais, na década de 70, já demonstravam resultados na redução da mortalidade pela doença. Porém, a alta taxa de diagnósticos de câncer invasor ainda hoje presente, principalmente em países em desenvolvimento, se deve a fatores que podem ser revertidos por programas nacionais organizados. Dentre esses fatores, destacam-se: falta de conhecimento, por parte da maioria da população feminina, a respeito da doença; dificuldades de acesso da população de nível socioeconômico baixo a serviços de saúde; despreparo dos profissionais da saúde e baixa atenção das instituições de saúde (FOCCHI; BOVO; SPECK, 2000).

Os três únicos estudos brasileiros realizados com uma amostra aleatória de base populacional datam da segunda metade da década de 1990, e estimaram uma cobertura em torno de 65% do teste de Papanicolaou realizado pelo menos uma vez na vida, constatando-se uma escassez de estudos, além de que sua maioria se concentra nas grandes cidades das regiões Sul e Sudeste do país. Os programas de prevenção do câncer do colo do útero não estão atingindo as mulheres que apresentam maior risco de desenvolver este tipo de neoplasia, enquanto que a maioria das mulheres que já realizou dois ou mais exames, realizaram-nos em intervalo inferior ao preconizado pelo MS (PINHO; FRANÇA JR., 2003; PINHO *et al*, 2003; MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Em estudo realizado no município de São Paulo no ano de 2000 sobre a prevalência da realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos, na população feminina entre 15 e 49 anos de idade, foi observada uma discrepância entre os dados baseados no auto-relato das mulheres e as estimativas oficiais. Isso acontece, provavelmente devido às estimativas oficiais não permitirem distinguir as mulheres que fazem vários exames daquelas que fizeram apenas um teste, incluírem as mulheres acima de 15 anos de idade, sem dados sobre início da atividade sexual e não considerar os exames realizados em serviços privados ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (PINHO *et al*, 2003).

Existem restrições no auto-relato de mulheres a respeito da realização do teste de Papanicolaou, o que é confirmado por Oliveira *et al* (2006). Essas restrições estariam relacionadas à dificuldade da paciente em distinguir apropriadamente entre o exame ginecológico e a coleta do material colpocitológico, ao fato de que o exame pode não ter sido realizado com a finalidade preventiva, mas sim na vigência de queixas ginecológicas com

finalidade curativa. Além disso, há uma superestimação da realização do exame, notando-se que a confiabilidade das informações varia de acordo com o tempo desde o último teste, sendo mais fidedignas quando o exame foi realizado nos últimos três anos anteriores à entrevista (PINHO *et al*, 2003).

As diferenças metodológicas também podem ser responsáveis pela variação das coberturas encontradas nas diferentes pesquisas. Apesar disso, pode-se confirmar as desigualdades regionais da cobertura do exame colpocitológico e a importância do reconhecimento da população a ser investigada por programas de rastreamento quanto a características que possam influenciar negativamente o acesso a esses programas, em especial ao teste de Papanicolaou (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

3.6.3 Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou

Entre os fatores associados a não realização do exame preventivo se destacam as questões culturais, socioeconômicas, étnicas e o fato de não ter companheiro. Mostram, também, que há uma desigualdade racial quanto ao acesso aos serviços de saúde e que à medida que diminui o nível socioeconômico, aumenta a prevalência de mulheres não cobertas pelo exame (SILVA *et al*, 2006).

Estudos apontam para a questão da busca por consultas ginecológicas por outras queixas, sem que seja realizado o teste colpocitológico. Os autores mostram que, entre as mulheres de 20 a 29 anos de idade, 73,8% consultaram o ginecologista no último ano, mas, destas, 12,6% não haviam realizado o exame nos últimos três anos. E entre aquelas com 30 a 39 anos, 69,2% haviam consultado o ginecologista, sendo que 4,4% não fizeram o teste nos últimos três anos. A realização do teste devido à recomendação médica ou presença de queixas ginecológicas, entre as mulheres com baixa escolaridade, foi alta (52,5%) no município de São Paulo. Estes resultados sugerem que os profissionais de saúde não estão aproveitando esses momentos para construir uma adequada relação profissional/usuária, o que possivelmente facilitaria a adesão das mulheres aos exames preventivos. Isso porque, de modo geral, a realização do teste parece estar mais relacionada à oportunidade ou chance de oferta do que à procura espontânea (PINHO *et al*, 2003; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

Pinho e França Jr. (2003) apontam para possíveis equívocos encontrados em estudos que tratam dos fatores associados à não realização do exame preventivo pelas mulheres. Esses estudos buscam identificar as origens das diferenças no acesso e utilização do teste, caracterizando as usuárias de acordo com modelos explicativos de cunho individual. Dessa maneira, limita-se à esfera psicossocial algo que envolve outros fatores que não estão sob o controle de escolhas pessoais, mas que influenciam diretamente no acesso aos serviços de saúde. Alguns desses estudos utilizam o “modelo de crenças em saúde”, que afirma que o comportamento em saúde depende, entre outras coisas, da percepção da severidade da doença, de sua suscetibilidade, dos benefícios/eficácia da ação preventiva e das barreiras a essa ação (PINHO; FRANÇA JR., 2003 *apud* BECKER; ROSENSTOCK, 1977).

Os fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde incluem as necessidades de saúde, as características dos usuários, os prestadores de serviços, a organização e a política. A influência de cada um desses fatores depende do tipo de serviço e da proposta assistencial, o que aponta para a necessidade de se investigar não apenas falhas organizacionais na cobertura, mas também necessidades individuais que possam ser sanadas por políticas públicas e educação em saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma Pesquisa Bibliográfica que, segundo Gil (2002), é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. O estudo é do tipo exploratório que tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses, em outras palavras, tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições (GIL, 2002).

A pesquisa foi realizada em bibliotecas virtuais e na biblioteca da EENF, em periódicos científicos brasileiros, publicados no período compreendido entre 2000 e 2006, nas bases de dados Scielo, Medline, LILACS e BDENF. Os descritores utilizados para a busca dos artigos foram: neoplasias uterinas, esfregaço vaginal e neoplasia do colo do útero.

Os dados foram coletados a partir da leitura do material obtido para verificar em que medida a obra consultada interessava à pesquisa, determinou-se o material que de fato interessava, ordenou-se e sumariou-se as informações contidas nas fontes (GIL, 2002).

Os dados foram analisados a partir da confecção de fichas de leitura elaboradas para identificação das obras consultadas, registro do seu conteúdo e dos comentários acerca das obras e ordenação dos registros. Distinguem-se dois tipos de ficha: bibliográfica e de apontamentos; a primeira para anotar as referências bibliográficas e a última para o registro de idéias e hipóteses (GIL, 2002). A partir disso, as informações foram categorizadas e, então, analisadas.

As questões éticas são preservadas na medida em que os autores consultados serão referenciados, conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 RESULTADOS

Foram encontrados 34 artigos nas bases de dados que fazem referência ao câncer do colo do útero e/ou ao exame de Papanicolaou, sendo que apenas nove publicações tratam da cobertura do teste e dos fatores associados a sua não realização.

Um dos artigos trata unicamente da cobertura do exame colpocitológico e oito identificam os fatores relacionados a não realização do teste, além de descreverem a cobertura do exame.

5.1 Cobertura do exame de Papanicolaou nas regiões brasileiras

Foram identificados estudos em apenas três das cinco regiões do Brasil, nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste.

5.1.1 Estudos realizados na região Sul (tabela 1)

Foram localizados quatro estudos transversais realizados na região Sul. O estudo realizado por Cesar *et al* (2003) em Rio Grande, no estado do Rio Grande do Sul, foi realizado através de entrevistas domiciliares de mulheres que tinham mais do que 20 anos e vida sexual ativa, residentes nas zonas urbanas e rurais do município. O estudo aconteceu entre os meses de janeiro e abril de 1995 e revelou que 57% delas nunca havia realizado o exame de detecção precoce de câncer do colo do útero.

Outro estudo foi realizado por Dias-da-Costa *et al* (2003) e envolveu a população adulta residente na zona urbana da cidade de Pelotas, também no Rio Grande do Sul, a fim de averiguar a evolução nos níveis de cobertura do exame colpocitológico. As entrevistas domiciliares aconteceram entre dezembro de 1999 e abril de 2000, considerando-se como exame atualizado aquele realizado nos últimos três anos. Verificou-se que 16,6% das mulheres estavam com o teste em atraso e que 11,2% nunca o haviam realizado. Os autores constataram um aumento na cobertura desse exame entre o ano de 1992 e 1999/2000, porém

sem atingir os níveis efetivos para evitar a morbimortalidade causada pelo câncer do colo uterino.

Em Londrina, no Paraná, (SILVA *et al*, 2006), foi desenvolvida uma pesquisa nas microáreas de abrangência de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana do município, que adotaram a estratégia da Saúde da Família, no período de setembro a outubro de 2004. Foram realizadas visitas domiciliares e entrevistas, utilizando-se questões abertas e fechadas. As autoras excluíram da amostra as mulheres com menos de 25 anos não sexualmente ativas e as que haviam sido submetidas à histerectomia. Evidenciou-se que a cobertura do exame nesse município atingiu a meta preconizada pela OMS que é de 80% (WHO, 2007 a).

Hackenhaar, Cesar e Domingues (2006) realizaram estudo no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, no período entre outubro e dezembro de 2003. Todas as mulheres incluídas na amostra já haviam iniciado a vida sexual, encontrando-se um percentual de 17% que não haviam realizado o teste nos últimos três anos anteriores à entrevista e, destas, 62,4% nunca haviam realizado o exame. Dentre as mulheres que realizaram dois ou mais exames, a periodicidade de realização foi inferior a dois anos para 88,4% delas e superior a três anos para 5,4% dessas mulheres. Das 32 mulheres que estavam grávidas, apenas duas não realizaram o exame nos três anos anteriores a entrevista.

Tabela 1 – Estudos realizados na Região Sul sobre a cobertura do exame de Papanicolaou.

Autor, ano publicação	Estado/Cidade	População estudada	Cobertura do exame (%)
Cesar <i>et al</i> (2003)	RS/Rio Grande	1.302 mulheres entre 15 e 49 anos	43
Dias-da-Costa <i>et al</i> (2003)	RS/Pelotas	1.122 mulheres entre 20 e 69 anos	72,2
Silva <i>et al</i> (2006)	PR/Londrina	513 mulheres entre 20 e 59 anos	80,7
Hackenhaar; Cesar; Domingues (2006)	RS/Pelotas	1.404 mulheres entre 20 e 59 anos	83

5.1.2 Estudos realizados na região Sudeste (tabela 2)

Foi realizado inquérito epidemiológico (PINHO *et al*, 2003), entre abril e junho de 2000, a fim de relatar a prevalência da realização do exame colpocitológico alguma vez na vida e nos últimos três anos entre mulheres do município de São Paulo. Esse estudo fez parte da pesquisa multicêntrica internacional *Multi-country Study of Women Health and Domestic Violence* (WHO, 1998), coordenada pela OMS e realizada em oito países. No Brasil, a pesquisa teve como local de estudo duas regiões, que foram o município de São Paulo e 15 municípios da zona da mata de Pernambuco. No entanto, os dados apresentados pelos autores referem-se apenas ao município de São Paulo. As entrevistas foram domiciliares e continham apenas questões fechadas. Foram incluídas somente as mulheres que já haviam iniciado atividade sexual, independentemente do tempo decorrido desde o seu início. Os achados indicam uma boa cobertura, atingindo os níveis preconizados pela OMS em dois dos três estudos apresentados.

Guarisi *et al* (2004), estimaram a prevalência da realização do exame de Papanicolaou entre mulheres residentes no município de Franco da Rocha, São Paulo, entre janeiro de 1998 e dezembro de 2002. Além disso, foram revisados os prontuários de todas as mulheres que apresentavam biópsia de colo uterino alterada, no período estudado, através do livro de registro de biópsias no Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital Regional de Franco da Rocha, a fim de avaliar a gravidade da lesão cervical entre essas mulheres. Para estimar a cobertura do exame foi identificado, através dos dados do Datasus, o número de mulheres entre 15 e 69 anos, residentes nesse município em cada ano estudado, e o número de citologias coletadas no período referido. A coleta dos dados foi realizada entre julho de 2002 e janeiro de 2003. Constatou-se uma baixa prevalência de realização do teste em todos os anos estudados, apresentando uma menor taxa no ano de 1999, que ficou em torno de 9,5%.

O estudo de base populacional de Amorin *et al* (2006), no município de Campinas, São Paulo, utilizou os dados do Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), realizado entre 2001 e 2002. A entrevista foi constituída, principalmente, por questões fechadas. Os autores consideraram como não realização do exame citopatológico a não realização nos últimos três anos para as mulheres entre 40 e 59 anos de idade, e o fato de nunca terem realizado o exame para as mulheres de 60 anos ou mais. Verificou-se que 16,7% das mulheres não haviam realizado o exame nos três últimos anos que antecederam à entrevista.

Tabela 2 – Estudos realizados na Região Sudeste sobre a cobertura do exame de Papanicolaou.

Autor, ano publicação	Estado/Cidade	População estudada	Cobertura do exame (%)	Observações
Pinho <i>et al</i> (2003)	SP/São Paulo	1.050 mulheres entre 15 e 49 anos	86,1	
Guarisi <i>et al</i> (2004)	SP/Franco da Rocha	Mulheres entre 15 e 69 anos nos anos de 1998 a 2002	1998: 17,8 1999: 9,5 2000: 16,2 2001: 24,1 2002: 17,3	
Amorim <i>et al</i> (2006)	SP/Campinas	290 mulheres acima de 40 anos	83,3%	Foram entrevistadas mulheres a partir de 20 anos de idade, porém foram considerados os dados das mulheres com 40 anos ou mais.

5.1.3 Estudo realizado na região Nordeste

Um inquérito domiciliar foi realizado por Oliveira *et al* (2006), no município de São Luís, no Maranhão, no ano de 1998, com uma amostra de 465 mulheres com idade entre 10 e 49 anos, excluindo-se aquelas menores de 25 anos que não haviam iniciado relação sexual. Verificou-se que 27,9% das mulheres realizaram apenas um exame preventivo, enquanto que 32,4% fizeram de dois a três testes. A cobertura do exame de Papanicolaou para essa população foi de 82,4%. Foi averiguado também o intervalo entre a realização dos exames, mostrando que 65,8% das mulheres repetiram-no com até um ano.

5.1.4 Estudo populacional nacional

Novaes, Braga e Schout (2006) selecionaram as entrevistas realizadas com 107.147 mulheres com 25 anos ou mais, obtidas a partir do suplemento Saúde da Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares (PNAD) do IBGE 2003, sobre a realização do exame de Papanicolaou e de mamografia. Para o exame preventivo de câncer do colo do útero foram obtidas respostas

de 107.091 mulheres, considerando-se como tendo realizado o exame aquelas que se submeteram ao procedimento nos últimos cinco anos, sendo constatada prevalência de 75,5% de realização do teste de Papanicolaou no ano de 2003.

5.2 Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou (Quadro 1)

Novaes, Braga e Schout (2006) investigaram associação entre variáveis sociodemográficas e outras relacionadas a cuidados com a saúde (faixa etária, ter filhos, tipo de família, escolaridade, renda, morar em zona urbana ou rural, ocupação, auto-avaliação da saúde, ter plano de saúde, uso regular de serviço de saúde, tipo de serviço de saúde de uso regular, procura por serviços de saúde nos últimos 15 dias, motivo desta procura e consulta médica no último ano) e a realização do teste de Papanicolaou e de mamografia entre 107.147 mulheres brasileiras.

De acordo com os autores, ter filhos foi a variável mais fortemente associada à realização do exame citopatológico (OR=3,35; IC 95%=3,19-3,51). A realização de consulta médica no último ano também foi fator importante (OR=2,56; IC 95%=2,47-2,66). Alto nível de renda, quando comparado a baixo nível de renda (OR=2,08; IC 95%=1,96-2,2), escolaridade elevada, ao comparar-se à analfabetismo (OR=2,07; IC 95%=1,89-2,28), possuir plano de saúde (OR=1,76; IC 95%=1,67-1,86) e morar em zona urbana (OR=1,65; IC 95%=1,58-1,72), também se apresentaram como fatores relevantes para a realização do procedimento.

Nos estudos realizados nas regiões brasileiras foram identificadas características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde das mulheres, em relação a não realização do exame citopatológico. As variáveis utilizadas pelos autores e os principais fatores encontrados por eles estão descritos no quadro 1.

REGIÃO SUL

Autor, ano	Estado/ Cidade	Objetivos	População	Variáveis estudadas	Variáveis associadas a não realização do exame
Cesar <i>et al</i> (2003)	RS/Rio Grande	Conhecer a prevalência de não realização do exame citopatológico e identificar possíveis fatores associados a sua não realização.	1.302 mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) residente nas zonas urbana e rural do município.	<ul style="list-style-type: none"> • Cor da pele • Idade • Viver com companheiro no mesmo domicílio • Renda familiar • Escolaridade • Idade de início das relações sexuais • Uso de anticoncepcional oral no mês anterior à entrevista • Idade do 1º parto • N° filhos nascidos vivos • Abortos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cor parda/preta (OR=1,30; IC 95%=1,18-1,44) • Pouca idade (15 a 19 anos) <i>versus</i> mais idade (40 a 49 anos) (OR=1,83; IC 95%=1,60-2,09) • Baixa renda (2-2,9 SM) <i>versus</i> 6 ou mais salários mínimos (OR=1,39; IC 95%=1,18-1,63) • Mulheres não alfabetizadas <i>versus</i> mulheres com 9 anos ou mais de escolaridade (OR=1,46; IC 95%=1,20-1,78)
Dias-da-Costa <i>et al</i> (2003)	RS/Pelotas	Verificar a evolução nos níveis de cobertura do preventivo e investigar fatores associados com a não realização do procedimento.	1.122 mulheres entre 20 e 69 anos de idade.	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Cor da pele • Estado civil • Renda familiar <i>per capita</i> • Consultas médicas durante o ano • Local de realização do exame • Internação hospitalar no último ano • Presença de doença crônica 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa classe social (E) <i>versus</i> alta classe (A) (OR=6,72; IC 95%=2,44 -18,52) • Baixa renda (< 1 SM) <i>versus</i> alta renda (> 10 SM) (OR=2,46; IC 95%=1,20-5,04) • Faixa etária entre 60-69 anos <i>versus</i> faixa etária (20 a 29 anos) (OR=1,32; IC 95%=1,02-1,71) • Mulheres não brancas (OR= 1,58; IC 95%=1,02-2,44) • Ser viúva <i>versus</i> ter companheiro (OR=2,47; IC 95%=1,63-3,76) • Ser solteira <i>versus</i> ter companheiro (OR=2,50; IC 95%=1,82-3,43) • Não realizar consulta médica durante o ano (OR=4,51; IC 95%=3,10-6,56)

REGIÃO SUL

Autor, ano	Estado/ Cidade	Objetivos	População	Variáveis estudadas	Variáveis associadas a não realização do exame
Silva <i>et al</i> (2006)	PR/ Londrina	Verificar a cobertura do exame citopatológico e levantar fatores associados a sua realização.	99 mulheres entre 20 e 59 anos de idade residentes nas microáreas da UBS, com o exame em atraso.	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Estado conjugal • Cor da pele • Trabalho fora de casa • Classe econômica • Utilização da UBS • Local da coleta do último exame • Tempo necessário de locomoção até UBS • Falta de tempo • Medo do resultado • Vergonha • Desinformação • Descrença na UBS • Proibição do companheiro/marido • Dificuldade no agendamento • Outros 	<p>Motivos alegados pelas mulheres para a não realização do exame</p> <ul style="list-style-type: none"> • Classe econômica baixa D/E=24,9% C=17,5% • Vergonha 24,2% • Não trabalham fora de casa 22,4% • Desinformação 19,2% • Falta de interesse 13,1% • Dificuldade para agendar o exame 8,1% • Não gostar do médico(a) da UBS 6,1% • Nunca ter tido queixa ginecológica 4%
Hackenhaar; Cesar; Domingues (2006)	RS/ Pelotas	Estimar a prevalência de não realização do exame citopatológico, identificar fatores de risco associados a sua não realização e avaliar se as mulheres com maior risco para desenvolverem o câncer do colo do útero estavam realizando este exame.	1.404 mulheres com idade entre 20 e 59 anos.	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Cor da pele • Escolaridade • Situação conjugal • Percepção quanto ao seu estado de saúde • Tabagismo • Local de consulta com ginecologista • Local onde costuma realizar o exame • Dor ao realizar o exame • Opinião sobre possibilidade de cura do câncer do colo uterino 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca idade (20 a 29 anos) (OR=1,74; IC 95%=1,24-2,45) • Muita idade (50 a 59 anos) (OR=1,68; IC 95%=1,15-2,46) • Cor mulata/preta (OR=1,70; IC 95%=1,31-2,20) • Baixo nível socioeconômico (mais pobre <i>versus</i> mais rico) (OR=2,36; IC 95%=1,46-3,82) • Baixa escolaridade (0 a 4 anos) <i>versus</i> 12 anos ou + (OR=2,14; IC 95%=1,36-3,37) • Sem companheiro (OR=1,85; IC 95%=1,43-2,40) • Sem consulta ginecológica no último ano (OR=4,92; IC 95%=3,75-6,45)

REGIÃO SUDESTE

Autor, ano	Estado/ Cidade	Objetivos	População	Variáveis estudadas	Variáveis associadas à não realização do exame
Pinho <i>et al</i> (2003)	SP/São Paulo	Reavaliar a situação da cobertura do teste de Papanicolaou; conhecer a proporção de mulheres que receberam o resultado do último exame realizado; identificar e descrever os motivos relatados pelas mulheres que nunca realizaram o teste e identificar os motivos para a realização.	1.172 mulheres entre 15 e 49 anos de idade.	<ul style="list-style-type: none"> • Motivos referidos para nunca terem realizado o exame citopatológico • Idade • Escolaridade • Estrato socioeconômico • Situação conjugal 	<p>Motivos alegados pelas mulheres para a não realização do exame</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não achar necessário/ ser saudável/não ter problemas ginecológicos 45,3% • Ser muito embaraçoso/desconfortável/ter vergonha e medo 32,5% • Ter dificuldades para marcar uma consulta/não ter vagas 11,1% • Ter problemas com transporte/dificuldades financeiras/falta de tempo 6,0% • Não sabe o motivo 5,1% • Falta de interesse/descuido/não ter vontade 3,4% • Não ter recomendação médica 2,5% • Não conhecer o exame, sua finalidade e importância 2,5% • Outros 4,3%

REGIÃO SUDESTE

Autor, ano	Estado/ Cidade	Objetivos	População	Variáveis estudadas	Variáveis associadas à não realização do exame
Amorim <i>et al</i> (2006)	SP/ Campinas	Analisar os fatores associados a não realização do teste de Papanicolaou	290 mulheres acima de 40 anos de idade.	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Cor/Raça • Naturalidade • Situação conjugal • Escolaridade • Posição na família • Renda familiar mensal <i>per capita</i> • Situação ocupacional • Religião • N° de pessoas no domicílio • Posse de bens duráveis • Atividade física • Hábito de fumar • IMC • N° doenças crônicas • Limitação física • Transtorno mental comum • Auto-avaliação da saúde • Prática do auto-exame • Exame clínico das mamas (no último ano) • Realização da mamografia • Vacina da gripe 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade entre 40 e 59 anos <i>versus</i> 60 anos ou mais (OR=2,01; IC 95%=1,17-3,45) • Baixa escolaridade (0 a 4 anos) (OR=2,77; IC 95%=1,07-7,12) • Cor /Raça negra/parda (OR=2,35; IC 95%=1,13-4,87) • Não praticar auto-exame de mama (OR=2,23; IC 95%=1,14 -4,74) • Não ter realizado exame clínico das mamas no último ano (OR=10,90; IC 95%=3,48-34,10) • Não ter realizado mamografia nos últimos dois anos (OR=5,38; IC 95%=2,03-14,23)

REGIÃO NORDESTE					
Autor, ano	Estado/ Cidade	Objetivos	População	Variáveis estudadas	Variáveis associadas a não realização do exame
Oliveira <i>et al</i> (2006)	MA/São Luís	Estimar a cobertura global do exame e cobertura específica por faixa etária; avaliar a periodicidade da realização; identificar os fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais, relativos ao conhecimento do exame, à morbidade e ao uso dos serviços de saúde relacionados a não realização do teste.	465 mulheres de 25 a 49 anos.	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Situação conjugal • Escolaridade • Renda familiar • Ocupação • Fumo • Idade de início da atividade sexual • N° de parceiros sexuais estáveis • Uso de camisinha pelos parceiros • Uso de anticoncepcional • Conhecimento sobre o câncer de colo • Medo • DST's • N° de gestações • Leucorréia • Consulta médica • Tipo de assistência de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem companheiro (OR=4,87; IC 95%=1,58-14,97) • Baixa escolaridade (5 a 8 anos) (OR=2,16 IC 95%=1,07-4,36) • O chefe de família possuir ocupação manual não especializada (OR=2,07; IC 95%=1,14-3,77) • Sem consulta médica nos três últimos meses (OR=4,46; IC 95%=2,26-8,79)

Quadro 1 - Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou identificados em estudos brasileiros.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os achados apontam para um aumento da prevalência da cobertura do exame nos últimos anos, atingindo os níveis recomendados pela OMS nas regiões investigadas. Isso também foi evidenciado por Pinho e França Jr. (2003), em pesquisa que comparou a prevalência da realização do teste de Papanicolaou, entre o período de 1989 e 1999. Dos seis estudos brasileiros analisados por esses autores, todos foram realizados nas regiões Sul e Sudeste e constataram que a realização do preventivo alguma vez na vida oscilou entre 65% e 84% na primeira região e entre 55% e 86% na segunda. Além disso, os autores afirmam que os países em desenvolvimento apresentam menores taxas de cobertura e de estudos a respeito do assunto, principalmente quando comparados aos países desenvolvidos, como os Estados Unidos.

Através dos estudos realizados na região Sul, observa-se um aumento maior do que 10% entre os anos de 1999 (Dias-da-Costa *et al*, 2003) e 2003 (Hackenhaar; Cesar; Domingues, 2006) na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul. O aumento nesse município foi constatado a partir de 1992, período em que foi realizada uma pesquisa na qual verificou-se um percentual de 65% de cobertura do preventivo. Isso sugere que a cidade gaúcha está seguindo a tendência de aumento progressivo na cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil (DIAS-DA-COSTA *et al*, 2003).

No estado de São Paulo, no município de Franco da Rocha, a cobertura observada foi baixíssima, constatando-se um percentual menor que 25% em todos os anos estudados. Além disso, os autores observaram um alto índice de mulheres que apresentaram HPV/NIC I durante o mesmo período, sugerindo o alto risco dessa população para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Já nas cidades de São Paulo e Campinas, que possuem níveis socioeconômicos e culturais mais elevados, a cobertura encontrada nos dois municípios, no mesmo período, foi superior aos níveis desejados para esse exame (FOCCHI; BOVO; SPECK, 2000).

No município de São Luís, no estado do Maranhão, percebeu-se que muitas mulheres realizaram apenas um exame na vida e aquelas que se submeteram a pelo menos dois, não respeitaram o intervalo preconizado pelo MS, que é de três anos entre os exames. A cobertura estimada para essa cidade foi boa, porém os intervalos preconizados para a realização do preventivo não estão sendo seguidos, o que indica que as mulheres sob maior risco para esse tipo de neoplasia não estão sendo acompanhadas de maneira correta. Além disso, a carência

de estudos nessa região dificulta qualquer comparação que possa indicar a situação da cobertura do teste em relação as outras regiões brasileiras (PINHO *et al*, 2003; MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

O aumento na cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil, a partir de 1995, também foi constatado por outros autores, em revisão sistemática da literatura, que sugerem que a implantação do Programa “Viva Mulher”, em 1996, e da Campanha Nacional do Combate ao Câncer Cérvico-uterino, em 1998, possa ter contribuído positivamente para os resultados encontrados. No entanto, nessa mesma revisão, os autores perceberam que a cobertura é maior quando é considerado o teste realizado pelo menos uma vez na vida, e diminui à medida em que a realização aproxima-se ao ano da entrevista, mostrando que, apesar da boa cobertura encontrada nas pesquisas, um alto índice de exames encontram-se em atraso (PINHO *et al*, 2003).

Pelos estudos analisados, pode-se afirmar que ter cor da pele não branca, baixo nível socioeconômico, baixa renda, baixa escolaridade, estar em faixas etárias extremas (muito jovem ou idosa), são fatores de risco para a não realização do exame. A ausência de companheiro, que sugere ausência de atividade sexual, também se mostrou associada a não realização do exame na maioria dos estudos que incluíram essa variável. Pinho *et al* (2003) também observaram esses fatores e verificaram que, entre as mulheres que se submeteram ao procedimento, a maior parte pertencia à faixa etária de 35 a 49 anos, idade priorizada pelos programas preventivos.

Estudo que avaliou o Brasil como um todo identificou que estiveram associados à aderência ao preventivo o fato de ter filhos, ter realizado consulta médica no último ano, ter alta renda e escolaridade, possuir plano de saúde e morar na zona urbana. Estes fatores sugerem que a mulher que realiza o exame conforme o preconizado tem maior conhecimento da sua importância e mais facilidade de acesso aos recursos de saúde. Isso a tornaria de menor risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, confirmando o que a literatura traz a respeito de que, aquelas mulheres com maior risco, são as mesmas que não estão sendo atingidas por esses programas. A maior incidência de realização do preventivo quando a mulher possui filhos, pode estar associada ao pré-natal, no qual, durante as consultas de rotina, há maior chance de oferta do exame. Dessa maneira, observa-se um cuidado diferenciado às mulheres em fase reprodutiva, justamente as mesmas que são priorizadas pelos programas de saúde e que, devido a isso, se encontram em menor risco. Estudos realizados com a população feminina brasileira confirmam que a realização do exame está distribuída de maneira desigual, concentrando-se entre esses grupos, até mesmo em países

desenvolvidos, onde os níveis de cobertura são relativamente altos (AMORIN *et al*, 2006; PINHO; FRANÇA JR., 2003; PINHO *et al*, 2003; MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

A ausência de consultas periódicas com profissional de saúde, especialmente o médico, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sentir-se saudável e não ter queixas ginecológicas, que foram alguns dos motivos alegados pelas mulheres das diferentes regiões para a não realização do exame, reforçam os resultados encontrados no estudo em âmbito nacional supra citado. Os resultados que Pinho *et al* (2003) encontraram a respeito da realização do teste, confirmam o que é observado nesse estudo, mostrando que uma alta taxa de mulheres que se submeteram ao exame espontaneamente, o realizaram por recomendação médica, como parte de outro procedimento assistencial ou por presença de queixas ginecológicas. Além disso, através desses resultados, os autores constataram que, apesar dos programas preventivos encorajarem a procura por assistência mesmo sem sintomatologia, foi observada a crença de que é necessária a presença de sintomas ginecológicos para a busca por auxílio à saúde. Isso poderia explicar os altos índices de mortalidade por essa neoplasia, uma vez que a cura se torna difícil em estágios mais avançados, justamente na fase em que os sintomas aparecem.

Alguns dos estudos realizados nas regiões Sul e Sudeste apontam sentimentos como vergonha, embaraço e medo, assim como desconforto, desinformação, falta de interesse, dificuldades para agendamento do exame e de acesso ao serviço de saúde, bem como não gostar do médico como motivos alegados pelas mulheres para a não realização do exame. Silva *et al* (2006) constataram que a maior chance de realização do exame de Papanicolaou está relacionada com a distribuição geográfica do serviço de saúde (quando próximos da população), a sua rotina, a forma de organização do trabalho e a atuação da equipe de saúde junto à população, formando um vínculo profissional/usuária. Além disso, há que se considerar a existência de maus tratos e humilhação nos serviços de saúde em geral, o que origina um sentimento de insatisfação e perda de confiança e, conseqüentemente, o não retorno ao serviço em busca de atendimento, refletindo na não adesão ao preventivo (PINHO *et al*, 2003).

Num primeiro momento, ao avaliar os estudos que identificam características comportamentais e de saúde associadas a não realização ao exame preventivo, nota-se uma alusão em relação à responsabilidade exclusiva da mulher sobre sua saúde. No entanto, quando analisados com maior cuidado, verifica-se que é o sistema que não está preparado para enfrentar a realidade do país. Aquela mulher que não realiza o teste por falta de interesse ou por desconhecimento, não está sendo atendida de maneira integral, pois é de

responsabilidade dos serviços de saúde a educação da população, além de atender a demanda, garantindo, assim, uma melhor utilização dos recursos de saúde (PINHO; FRANÇA JR., 2003).

Observa-se também a ausência de pesquisas nas regiões Norte e Centro-Oeste, o que sugere pouca importância atribuída à questão da alta incidência verificada para esse tipo de neoplasia nesses locais (22/100.000 e 21/1000.000 respectivamente). Essas regiões são a segunda e terceira no ranking de casos de câncer do colo do útero, sendo ultrapassadas apenas pela região Sul (28/100.000) e seguidas do Sudeste (20/100.000) e Nordeste (17/100.000). Autores que investigaram estudos publicados sobre o assunto a partir da década de 1980, também constataram a deficiência de informações para essas regiões (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2007 b; PINHO *et al*, 2003; MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa revisão bibliográfica, observa-se uma carência de estudos que abordam a situação da cobertura do exame citopatológico no Brasil e dos fatores associados a sua não adesão, apesar de o câncer do colo do útero ser o segundo mais incidente na maior parte das regiões do país. A maioria das pesquisas se concentra nas regiões Sul e Sudeste, em grandes centros econômicos como Rio Grande do Sul e São Paulo, e apresentam uma discrepância em relação às coberturas encontradas devendo-se, provavelmente, às diferenças amostrais utilizadas pelos autores.

Percebe-se que, infelizmente, as mulheres com maior risco para desenvolver o câncer do colo do útero são as mesmas que não estão sendo cobertas pelos programas preventivos, mostrando que existem falhas que comprometem a saúde da população feminina. Espera-se que a demanda seja espontânea, mas isso se torna difícil, uma vez que falta conhecimento das mulheres sobre a finalidade e importância do exame. É necessário, portanto, que haja um esforço no sentido de educá-las, mostrando a gravidade da doença e a eficiência do exame, para que, a partir disso, elas possam optar por se submeter ou não ao teste, de maneira consciente.

Nesse sentido, não é suficiente que os programas aumentem simplesmente a oferta de citopatológico, é preciso que os profissionais da saúde, em especial a Enfermeira, no seu papel de educadora, sensibilize e mobilize a população feminina para a prática do autocuidado. Dessa maneira, a mulher passará a ser agente ativo no processo de cuidado da sua saúde, percebendo a importância e a necessidade da prevenção dessa doença.

A Enfermagem possui um papel fundamental na organização dos serviços de saúde, coordenando ações que facilitem a acessibilidade das usuárias, em especial aquelas que necessitam maior atenção. A busca ativa dessa população parece ser a melhor estratégia, uma vez que se podem realizar levantamentos sobre as condições de saúde nas comunidades e, assim, planejar ações específicas. Criar uma agenda para a realização do exame preventivo com ampliação dos horários, a fim de atender as mulheres que possuem responsabilidades domésticas e que trabalham fora de casa, facilitaria a procura pelo atendimento. Além disso, o acolhimento deveria ser feito a todas as mulheres que estão próximas aos serviços de saúde, independentemente se trabalham ou moram na área de abrangência das unidades, de modo a garantir uma maior acessibilidade.

É necessário que haja um maior envolvimento dos programas de saúde, no sentido de promoção ao acesso aos métodos de diagnóstico e tratamento adequados, através de planos organizacionais e programáticos, que visem atender a demanda. Para isso, é necessário um planejamento de ações que se mostrem efetivas para garantir a promoção e prevenção da saúde, com acesso indiscriminado e irrestrito, e qualidade no atendimento e acompanhamento, de maneira a diagnosticar precocemente as mulheres sintomáticas e rastrear aquelas assintomáticas, a fim de reverter o quadro da morbidade e mortalidade causadas pelo câncer do colo do útero no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AMORIN, V. M. S. L. *et al.* Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, nov, 2006.
- BRENNA, S. M. F. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-914, jul/ago, 2001.
- CAETANO, R. *et al.* Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-118, 2006.
- CÉSAR, J. A. *et al.* Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1365-1372, set/out, 2003.
- DERCHAIN, S. F. M.; FILHO, A. L.; SYRJANEN, K. J. Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 7, p. 425-433, 2005.
- FOCCHI, J.; RIBALTA J. C. L.; SILVA I. D. C. G. Câncer do colo do útero: importância, epidemiologia e fatores de risco. *In:* HALBE H. W. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Roca, 2000, p. 2120-2127.
- FOCCHI, J.; BOVO, A. C.; SPECK, N. M. G. Câncer do colo do útero: rastreamento, detecção e diagnóstico precoce. *In:* HALBE H. W. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Roca, 2000, p. 2150-2164.
- FRANCO, R. *et al.* Fatores associados a resultados falso-negativos de exames citopatológicos do colo uterino. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 8, p. 479-485, 2006.
- GIL, A. C. Como Classificar as Pesquisas? *In:* _____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. p. 41-57.
- _____. Como Delinear uma Pesquisa Bibliográfica? *In:* GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. p. 59-86.
- HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 1, p. 103-11, 2006.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro, 2007 a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 04 jun 2007.

_____. Câncer do Colo do Útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 46, v. 4, p. 351-54, 2000.

_____. **Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil: 2006**. Rio de Janeiro, 2007 b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 07 jun 2007.

_____. **O exame preventivo**. Rio de Janeiro, 2007 c. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 07 jun 2007.

_____. Periodicidade de Realização do Exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 48, v. 1, p. 13-15, 2002.

_____. Prevenção do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 49, v. 4, p. 205, 2003.

_____. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher. Rio de Janeiro, 2007 d. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 19 mar 2007.

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 8, p. 485-92, 2005.

NETO, A. R. *et al.* Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 4, p. 209-216, 2001.

OLIVEIRA, M. M. H. N. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 3, p. 325-334, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multi-country Study of Women Health and Domestic Violence. WHO, 1998. Disponível em: <www.who.int/en/>. Acesso em: 16 nov 2007.

_____. 58° Asamblea Mundial de la salud: prevención y control del cáncer. WHO, 2005. Disponível em: <www.who.int/en/>. Acesso em: 16 nov 2007.

_____. Manual on the prevention cervical câncer. WHO, 2007 a. Disponível em: <www.who.int/en/>. Acesso em: 16 nov 2007.

_____. Cytology screening. WHO, 2007 b. Disponível em: <www.who.int/en/>. Acesso em: 16 nov 2007.

OSIS, M. J. M. D. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 25-32, 1998.

PINHO, A. A. *et al.* Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 303-313, 2003.

PINHO, A.A. e FRANÇA JÚNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, jan- mar, 2003.

PINHO A. A.; MATTOS, M. C. F. I. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo do útero. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 225-31, 2002.

RIBALTA, J. C. L.; SILVA, I. D. C. G. Câncer do colo do útero: importância, epidemiologia e fatores de risco. In: HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Roca, 2000. p. 2120-2127.

RIVOIRE W. A. *et al.* Bases Biomoleculares da Oncogênese Cervical. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 2, p. 179-84, 2001 a.

RIVOIRE W. A. *et al.* Lesões de baixo e alto grau no colo uterino. In: FREITAS *et al.* **Rotinas em Ginecologia**. Porto Alegre: Artmed, 2001 b. p. 496 p. 261-272.

SELLORS, J. W.; SANKARANARAYANAN, R. Introdução à anatomia do colo uterino. In: SELLORS, J. W.; SANKARANARAYANAN, R.. **Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: manual para principiantes**. Washington, D.C.: OPAS 2004.

SILVA, D. W. *et al.* Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 1, p. 24-31, 2006.

SILVEIRA, G. P. G.; PESSINI, S. A. Câncer do colo do útero: lesões precursoras. In: HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Roca, 2000. p. 2128-2149.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

VEIGA, F. R.; *et al.* Prevalência de lesões intra-epiteliais de alto grau em pacientes como citologia com diagnóstico persistente de ASCUS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 2, p. 75-80, 2006.