

## 1. Introdução

Apesar de ser uma neoplasia que apresenta elevada taxa de incidência e mortalidade, o câncer de colo uterino dentre todos os tipos de câncer, tem um dos mais altos potenciais de cura e de prevenção, por ser uma patologia que possui uma fase pré-clínica longa (FURNIS, 2000; SMELTEZZER, 2000). O exame de Papanicolau, até os dias de hoje, tem a metodologia mais indicada para o diagnóstico precoce e rastreamento do câncer de colo uterino e suas lesões precursoras pelo fato de conseguir com precisão detectar alterações na cérvix uterina por meio de células descamadas do epitélio e por ser também uma técnica rápida, de fácil execução, indolor, de baixo custo e que vem mostrando eficiência na avaliação coletiva (MARTINS et al., 2005).

A neoplasia do colo do útero atinge em maior número a faixa etária que vai dos 35 aos 55 anos, podendo também incidir em mulheres ainda na fase da adolescência. Nos estudos atuais, o principal fator de risco apontado para o desenvolvimento do câncer de colo uterino é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) com alto potencial oncogênico, porém outros fatores de risco decorrentes do comportamento feminino estão tendo grande importância no desenvolvimento dessa patologia, são eles: início precoce de atividade sexual, aumento do número de parceiros sexuais, antecedentes de doenças venéreas, multiparidade, e baixa escolaridade (NETO, 1991; VILLA, 2003).

O bom funcionamento do programa de rastreamento do câncer de colo uterino tem se deparado com algumas barreiras. Na prática, diversos aspectos presentes na vida das mulheres têm dificultado e até por vezes anulado a procura das mesmas a esse tipo de serviço. Porém, informações sobre fatores associados a não realização e cobertura do exame de Papanicolau no Brasil ainda são escassas.

Esse trabalho teve como objetivo analisar os fatores relacionados a não adesão ao exame preventivo de Papanicolau bem como os principais fatores associados ao risco de desenvolvimento do câncer de colo uterino.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar os fatores relacionados a não adesão ao exame preventivo de Papanicolau bem como analisar os fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer de colo uterino.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Avaliar os fatores de não adesão ao exame de Papanicolau;
- Determinar os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino;
- Avaliar a eficiência das políticas públicas educadoras de visam a prevenção do câncer de colo uterino.

### **3. Fundamentação Teórica**

#### **3.1 O Câncer de Colo Uterino**

O câncer de colo uterino denomina-se como uma neoplasia maligna, localizada no epitélio da cérvix uterina, que se origina de alterações celulares precursoras (“lesões”) que vão evoluindo de forma imperceptível e às vezes assintomática, terminando no carcinoma cervical invasor (BARROS; MARIN; ABRÃO; 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a partir de 2020 estima-se no mundo o diagnóstico de 15 milhões de novos casos de câncer uterino por ano. Se as condições socioculturais atuais forem mantidas, cerca de 70% dessas neoplasias ocorrerão em países onde apenas 5% possuem recursos para controle da doença (WHO; 1998).

O câncer uterino é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo, sendo responsável pela morte de aproximadamente 230.000 mulheres ao ano. No Brasil, o câncer do colo do útero também representa a segunda causa de morte por câncer de mulheres, superado apenas pelo câncer de mama (INCA, 2006). Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos, quando comparada a incidência dos mais desenvolvidos. O câncer do colo uterino tem sua incidência iniciada na faixa etária de 20 a 29 anos, e o seu risco aumenta, até atingir seu ápice geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (INCA, 2008). Esse tipo de neoplasia, quando detectado precocemente tem uma vasta possibilidade de cura (OLIVEIRA et al., 2006).

O câncer de colo uterino é uma patologia que evolui lentamente, apresentando fases pré-invasivas, benignas. O período de evolução de uma lesão cervical inicial para a forma invasiva, ou seja, da forma benigna para forma maligna é de aproximadamente 20 anos. Esse longo período, permite que ações preventivas eficazes alterem o quadro clínico para uma possível cura, diminuindo consequentemente o impacto epidemiológico da doença (FILHIOLINO et al., 2008).

O câncer de colo de útero pode ser dividido conforme sua origem, sendo que alguns se originam em células escamosas, enquanto os restantes se originam de células glandulares que são adenocarcinomas ou carcinomas adenoescamosos mistos (SMELTZER et al., 2004).

No Brasil, a incidência do câncer de colo uterino vem apresentando crescimento que se opõe ao declínio observado em países desenvolvidos (RISI; JUNIOR; NOGUEIRA; 2002). A história de ações que buscam a prevenção do câncer de colo uterino no Brasil é recente. As primeiras iniciativas para implantar a prevenção desse tipo de câncer ocorreram no final da década de 60, com poucos progressos ao longo da década de 70 (ZEFERINO et al., 1999). O controle segue a estratégia de prevenção secundária que se baseia na citologia cervical. Este método de detecção, conhecido popularmente como Papanicolaou, ou simplesmente exame preventivo, vem sendo realizada por mais de 30 anos (BOSH et al., 2002).

### **3.2 Fatores de risco associados ao desenvolvimento do Câncer de Colo do útero**

O câncer de colo uterino ocorre, na maioria dos casos, associado a fatores extrínsecos, ou seja, relacionados aos fatores ambientais, sociais e aos hábitos de vida. Observa-se assim, a necessidade de se empregar meios que afastem estes fatores de risco e, em consequência, diminuam a incidência do câncer de colo uterino. Porém, não é fácil mudar aspectos do estilo de vida de uma população, principalmente em meio à pobreza e à educação deficiente (LIMA et al., 2006).

A ocorrência de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é vista hoje em dia, como um fator de risco determinante para o desenvolvimento do câncer de colo uterino (NOVAIS et al., 2006). Existem aproximadamente 200 genótipos de HPV que são classificados como de alto ou de baixo risco de acordo com a progressão de lesões cervicais (MÜNGER et al., 2004). Os tipos de HPV mais comumente associados ao câncer de colo uterino são o HPV16 e o HPV18 (FERREIRA; 2009).

O DNA do HPV16 e HPV18, ou seja, HPV de alto risco é detectado na maioria dos espécimes (92,9% a 99,7%) de câncer cervical invasivo (BOSH et al., 2002). Sendo assim, há uma relação bem estabelecida entre o câncer cervical e infecção por papilomavírus humano (HPV) na atualidade. Em vista disso, novos métodos de rastreamento se somaram e complementaram o exame citológico. Os testes de detecção do DNA do HPV e a inspeção visual do colo do útero utilizando as técnicas do ácido acético (VIA) ou lugol (VILI) são apontados como eficientes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero (INCA, 2008).

Mesmo que a infecção por HPV seja condição necessária para que ocorra uma transformação maligna, ela por si só não é uma condição suficiente. Alguns fatores relacionados à mulher como imunossupressão ou co-infecção por outros agentes sexualmente transmissíveis são necessários para a progressão de um processo de displasia para forma invasiva (GOODMAN; 2000).

Alguns outros fatores que também estão associados a um aumento no risco de se desenvolver o câncer de colo uterino são a multiplicidade de parceiros sexuais, único parceiro sexual masculino com múltiplas parceiras sexuais, início precoce da vida sexual, gravidez em idade precoce, tabagismo e alcoolismo, pouca instrução, história familiar e hereditariedade, higiene íntima inadequada; menstruação precoce, menopausa tardia, ingestão deficiente de vitaminas, histórico de doenças sexualmente transmissíveis e o uso de anticoncepcionais orais (SILVA et al., 2006; INCA, 2008). Os vírus Herpes simples e papilomavírus humano são os que mais estão associados à carcinogênese cervical, mas outros agentes como o *Trichomonas vaginalis* também tem mostrado a sua participação neste processo (MEDEIROS et al., 2004).

Os conhecimentos da população feminina em relação aos fatores de risco levam conseqüentemente a comportamentos satisfatórios frente à realização de exame Papanicolau, contrapondo-se à falta de informação, o que deixa as mulheres menos interessadas e distantes dos serviços de saúde (SOUZA; BORBA, 2008).

### **3.3 O exame de Papanicolau**

O exame de Papanicolaou consiste de uma metodologia simples, eficaz e de baixo custo para o sistema de saúde, sendo realizado por um profissional de saúde devidamente treinado, no qual não existe a necessidade de uma infraestrutura sofisticada (OLIVEIRA et al., 2006). A realização do exame citopatológico de Papanicolau vem sido reconhecida mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer do colo uterino na população feminina e tem modificado de maneira positiva as taxas de incidência e mortalidade por este tipo de câncer (SARAKANARAYANAN et al., 2005).

Apesar de possuir técnicas simples de prevenção e controle, essa neoplasia ainda é considerada, nos países em desenvolvimento e principalmente nos países subdesenvolvidos, um problema de saúde pública, apresentando números altos de

prevalência e com a incidência de mortalidade centrada principalmente nas camadas de nível socioeconômico mais baixo da população (BRENNAN et al., 2001).

Um programa de rastreamento efetivo tem como proposta principal o diagnóstico e tratamento do câncer em estágios iniciais bem como suas lesões precursoras (SASLOW et al., 2002). Porém, para isso além da necessidade de submeter às mulheres ao rastreamento através do teste de Papanicolaou é de suma importância garantir qualidade, organização e integralidade do programa de rastreio. Destaca-se ainda a necessidade de alcance em níveis elevados de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas (INCA, 2005).

O exame citopatológico foi proposto como uma ferramenta para a detecção precoce do câncer do colo do útero em 1941 (AMORIM et al., 2000). Esse mesmo modelo de técnica preventiva é utilizado em diversos países para o rastreamento e detecção precoce do câncer de colo uterino. Devido à lenta evolução deste tipo de câncer, se torna possível o diagnóstico na fase intra-epitelial, ou seja, na forma não invasiva em mulheres assintomáticas, quando o tratamento é de baixo custo e tem elevado percentual de cura (BRENNAN et al., 2001). Esse exame foi desenvolvido na década de 1930, pelo Dr. George Papanicolaou, e tem uma grande aceitabilidade tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde. A técnica de Papanicolaou é realizada em nível ambulatorial o que diminui ainda mais seus custos (FURNISS; 2000).

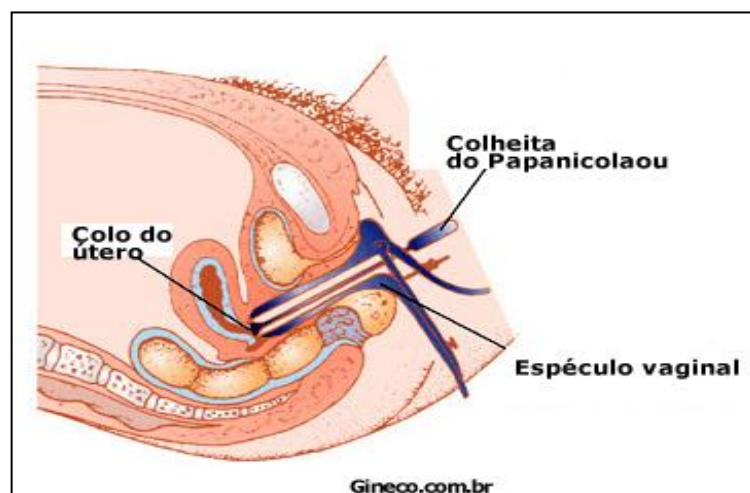
### **3.3.1 Coleta**

O exame Papanicolaou consiste na análise das células oriundas da ectocérvice e endocérvice, que são extraídas com raspagem do colo de útero. A coleta do exame é realizada durante uma consulta ginecológica de rotina, após a visualização e estudo da parte externa da vulva ocorre a introdução do espéculo vaginal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

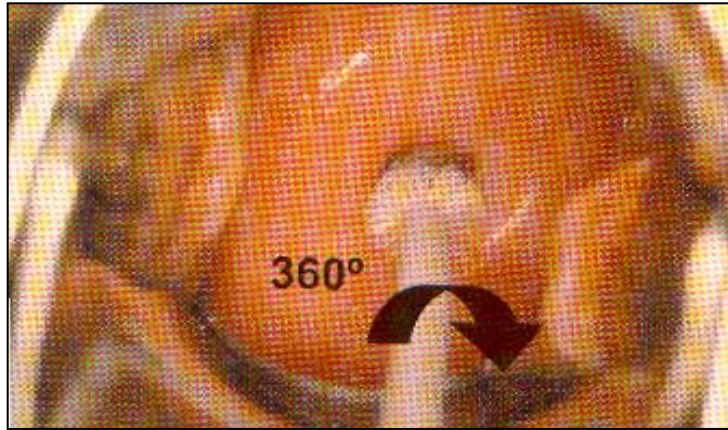
O espéculo também conhecido como “bico de pato” é um objeto estéril, de formato cilíndrico que se apresenta em três tamanhos diferentes, sendo o tamanho ideal de escolha do profissional realizador da coleta tomando em conta o número de filhos e anatomia da paciente em questão; o espéculo é introduzido na paciente sem auxílio de nenhum lubrificante, podendo ser usado apenas o soro fisiológico. Após introduzido, o mesmo é aberto mostrando assim o colo do útero como mostra a

figura 1. Com ajuda de uma escova endocervical faz-se a coleta da endocérvice como mostra a figura 2, e com o auxílio de uma espátula de Ayre faz-se a coleta da ectocérvice como mostra a figura 3, sendo ideal coletar células oriundas da junção escamo-colunar (JEC) conhecida como área de transformação, ou seja, de onde se originam a maioria das neoplasias. Essas células são espalhadas numa lâmina previamente identificada com os dados da paciente em questão onde é enviada para um laboratório especializado em citopatologia no qual vai ser realizada a leitura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

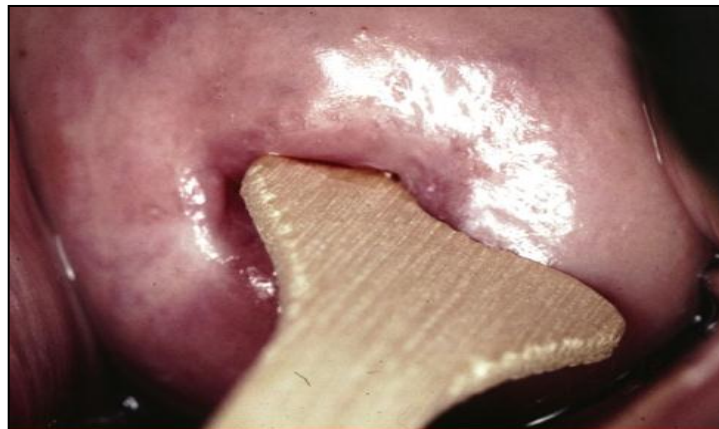
Normalmente não é doloroso, mas um desconforto variável pode acontecer, de acordo com a sensibilidade individual de cada paciente. As mulheres devem ser previamente orientadas a não terem relações sexuais, a não fazerem o uso de duchas, medicamentos ou exames intravaginais durante as 48 horas que precedem o exame. O exame deve ser realizado fora do período menstrual, pois o sangue dificulta a leitura da lâmina podendo até tornar o esfregaço inadequado para o diagnóstico citopatológico; contudo, pode ser realizado em situações particulares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).



**Figura 1:** Coleta do Papanicolaou. Fonte: Brasil (2002).



**Figura 2:** Coleta da endocérvice. Fonte: Brasil (2002).



**Figura 3:** Coleta da ectocérvice. Fonte: Brasil (2002).

### **3.4 Critérios para diagnóstico das lesões intra-epiteliais cervicais**

Desde que o Dr. George Papanicolaou tentou classificar as células que observava, denominando algumas como lesões neoplásicas, ocorreram diversas modificações que ao passar do tempo incorporaram o novo conhecimento adquirido sobre a história natural dessas, lesões, sempre com o intuito de melhorar a correlação cito-histológicas (INCA, 2006).

A nomenclatura brasileira para laudos em citopatologia tem sofrido constantes alterações. A classificação citológica mais atual do esfregaço cervical é o Sistema de Bethesda, Maryland, Estado Unidos. A adoção do Sistema Bethesda, no ano de 2001, ainda que adaptado ao Brasil, facilita a comparação de resultados nacionais com resultados estrangeiros. Atualmente não é razoável que alguns laboratórios



ainda emitam laudos de citopatologia somente com a nomenclatura ultrapassada, uma vez que a proposta de novas categorias de resultados impede que se estabeleça correlação pertinente entre Bethesda 2001 e Papanicolaou. Em contrapartida também, é conveniente que médicos ginecologistas ou não, e enfermeiros compreendam o diagnóstico ao receberem os resultados (INCA, 2006).

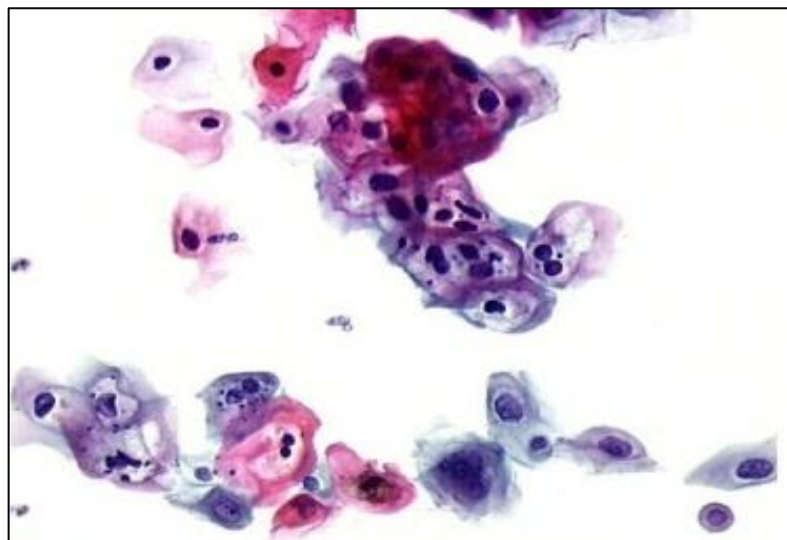
O Sistema Bethesda, trouxe de novo a diferenciação no diagnóstico citológico de células escamosas e glandulares. Nas escamosas incluiu o HPV, devido as fortes evidências desse vírus na carcinogênese dessas lesões, dividindo-as em lesões de baixo grau, na qual se inclui o efeito citopático do HPV, e em lesões de alto grau; possibilitou também melhores alternativas de classificações de células atípicas que mostravam quantitativamente ou qualitativamente, poucos critérios para serem categorizados como lesões. Ressaltou o conceito de possibilidade de evolução de lesões para neoplasia invasoras (carcinoma invasor). As células glandulares ganharam uma classificação à parte das escamosas, onde se classificariam em normais, atípicas ou adenocarcinoma (INCA, 2006).

### **3.4.1 Lesão intra-epitelial escamosa (SIL)**

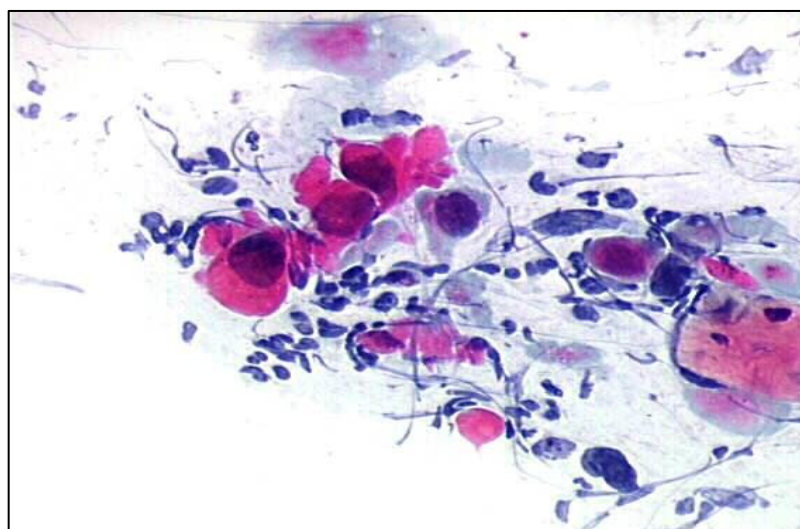
A lesão intra-epitelial escamosa (SIL), é composta pelas anormalidades não invasivas, escamosas, cervicais e epiteliais associadas ao papilomavírus humano. No sistema de Bethesda, esse espectro se divide nas categorias de lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e lesão intra-epitelial escamosa de alto grau (HSIL) (SOLOMON; NAYAR, 2004).

A LSIL abrange as alterações celulares chamadas de efeitos citopáticos do HPV (coilocitose) e uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) 1; as alterações citológicas estão geralmente restrita as células com citoplasma “maduro” ou tipo superficial onde mostram graus variáveis de hiper cromasia nuclear acompanhados por variações no tamanho nuclear, número e formato como mostra a figura 4. Binucleação ou multinucleação geralmente estão presentes, com cromatina granular e membrana nuclear ligeiramente irregular. A presença de células com cavitação citoplasmática perinuclear (coilocitose) é um aspecto característico, mas não é necessário para a interpretação da LSIL. Aconselha-se a realização de uma colposcopia para o tratamento inicial de LSIL (SOLOMON; NAYAR, 2004).

A HSIL afeta células menores e menos maduras do que as células acometidas por LSIL. As células ocorrem isoladas, em grupos ou agregados do tipo sincicial, apresenta aumento acentuado da relação núcleo/citoplasma, hipercromasia nuclear, variação no tamanho e na forma do núcleo e membrana nuclear bastante irregular como mostra a figura 5; o citoplasma pode parecer imaturo, enlaçado e delicado ou densamente metaplásico. As maiores das mulheres fazem confirmação do HSIL por biópsia, identificada durante a colposcopia, se confirmada um procedimento incisional deve ser efetuado (SOLOMON; NAYAR, 2004).



**Figura 4:** LSIL -Lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau. Fonte:IARC (2004).



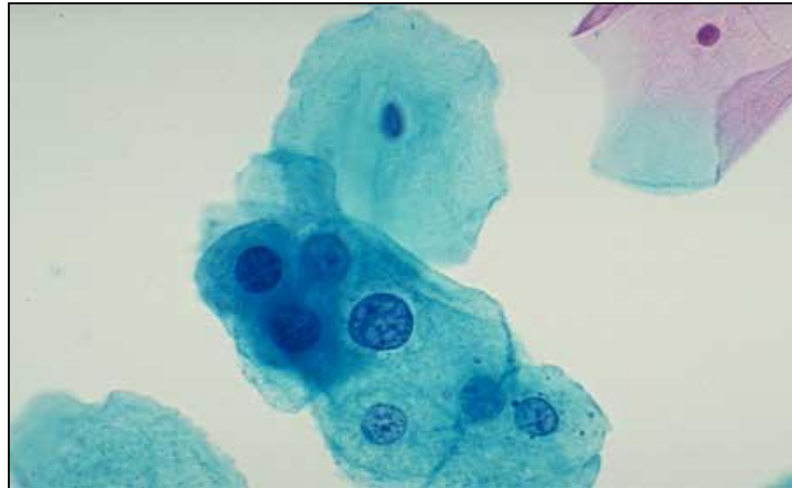
**Figura 5:** HSIL - Lesão intra-epitelial escamosa de alto grau. Fonte: IARC (2004).

### 3.4.2 Células escamosas atípicas (ASC)

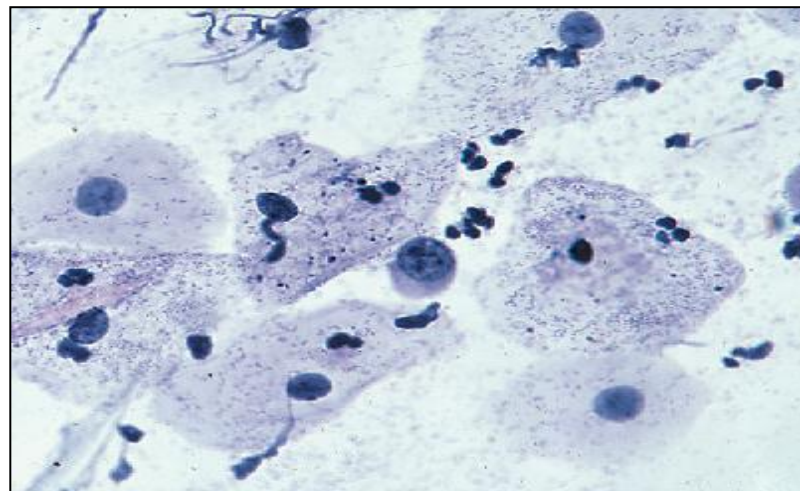
A denominação ASC (células escamosas atípicas) não representa uma única entidade biológica: inclui alterações não relacionadas com a infecção pelo HPV e neoplasia, assim com achados sugestivos de lesão intra-epitelial, que são qualitativamente ou quantitativamente insuficientes para uma interpretação definitiva. A fim de refletir realisticamente a incapacidade dos patologistas e citologistas em definir um diagnóstico para determinadas atipias de citologia oncótica, no ano de 2001 foi determinado que todas as interpretações que não tinham parâmetros suficientes para se encaixar nas SILs, deveriam ser classificadas como células atípicas. A classificação das atipias está dividida em: Células escamosa atípicas de significado indeterminado (ASC-US) e células escamosas atípicas, não é possível excluir um HSIL (ASC-H) (SOLOMON; NAYAR, 2004).

No ASC-US as células apresentam o núcleo de 2 a 3 vezes maior que uma célula escamosa normal intermediária, relação núcleo/citoplasma ligeiramente aumentada, hipercromasia nuclear mínima e irregularidades na cromatina ou forma nuclear; porém não sendo em grau e quantidade suficientes para diagnóstico de LSIL, como é verificado na figura 6. Quando diagnosticado, deve-se sugerir teste para HPV de alto risco se houver indicação clínica (SOLOMON; NAYAR, 2004).

No ASC-H, as células se encontram geralmente dispersas, ou no máximo em pequenos grupos com alterações celulares de núcleo e citoplasma semelhante as do HSIL, porém, qualitativamente e/ou quantitativamente insuficientes para diagnosticas um HSIL, como mostra a figura 7. Quando diagnosticado, deve-se sugerir colposcopia/biópsia segundo orientação clínica (SOLOMON; NAYAR, 2004).



**Figura 6:** ASC-US - Células escamosa atípicas de significado indeterminado. Fonte: IARC (2004).



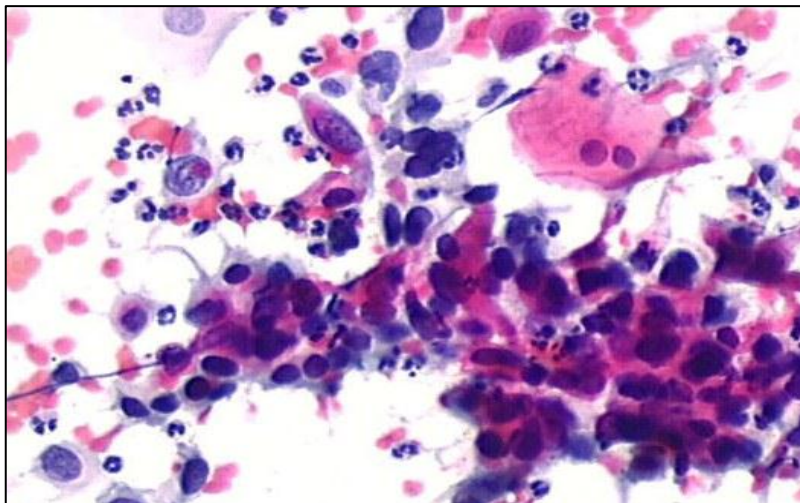
**Figura 7:** ASC-H - Células escamosas atípicas, não é possível excluir um HSIL. Fonte: IARC (2004).

### 3.4.3 Carcinoma de células escamosas

Define-se por um tumor maligno invasivo mostrando diferenciação no sentido de célula escamosa. O sistema de Bethesda não subdivide o carcinoma de células escamosas, porém, a maioria dos estudiosos da área subdivide a classificação em carcinomas não queratinizantes e carcinoma queratinizante para facilitar o entendimento (SOLOMON; NAYAR, 2004).

No carcinoma de células escamosas queratinizante as células geralmente se encontram isoladas e com menos frequência em agregados. É comum uma variação acentuada de tamanho e forma celular; os núcleos são de tamanhos variados e aparece densos e opacos, a membrana nuclear tem configuração irregular. A cromatina é grosseiramente granular, a presença de macronúcleolos é incomum e pode haver uma leve diátese tumoral, essas características podem ser verificadas na figura 8 (SOLOMON; NAYAR, 2004).

No carcinoma de células escamosas não queratinizantes, as células aparecem isoladas ou em agregados sinciciais com bordas mal definidas. As células são menores que no HSIL, mas portam as mesmas características. Os núcleos tem cromatina irregular e grosseiramente agrupada. Possuem diátese tumoral formada por detritos necróticos e sangue antigo (SOLOMON; NAYAR, 2004).



**Figura 8:** Carcinoma de células escamosas. Fonte: IARC (2004).

#### **3.4.4 Células Glandulares Atípicas**

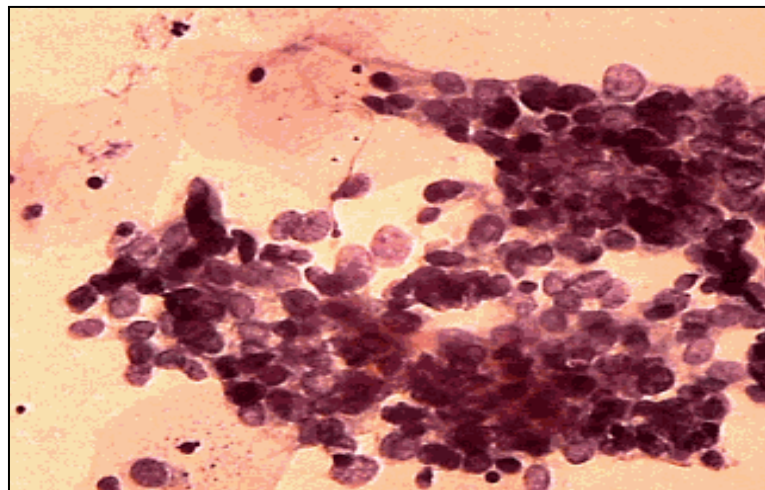
No ano de 2001, foi incorporado ao sistema Bethesda alterações na descrição de anormalidades glandulares com intuito de melhor refletir o conhecimento atual e a compreensão da neoplasia glandular na citologia cervical. (INCA, 2006).

As células endocervicais atípicas apresentam anormalidades nuclear que superam as alterações de reparação comuns, mas que não apresentam características evidentes de adenocarcinoma. As células aparecem em blocos,

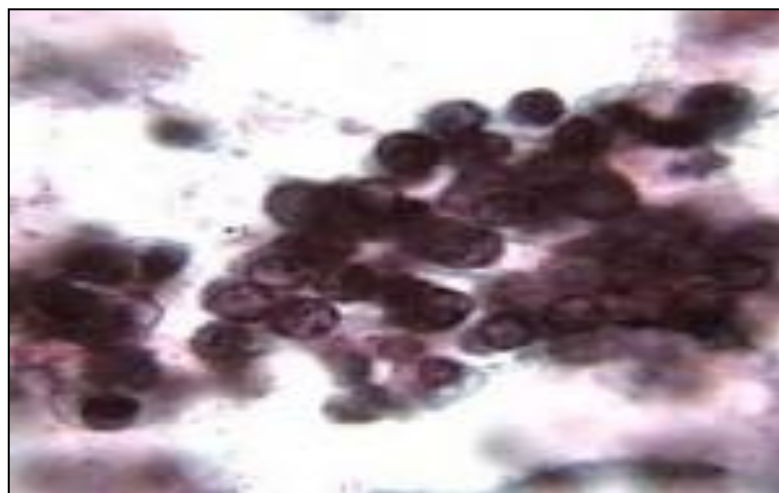


rosetas e camadas, com sobreposição e agrupamento nuclear. O núcleo é de 3 a 5 vezes maior que um núcleo normal e apresentam variação no tamanho e forma. Ocorre um leve hiper Cromasia, figuras mitóticas raras, e as bordas celulares são distintas e discerníveis, como mostra a figura 9. Quando o citoplasma aparece diminuído, figuras mitóticas passam a ser ocasionais e bordas celulares mal definidas as células podem ser classificadas como células endocervicais atípicas, possivelmente neoplásicas (SOLOMON; NAYAR, 2004).

As células glandulares endometriais atípicas aparecem em grupos compostos de 5 a 10 células. Verifica-se um ligeiro aumento nuclear, hiper Cromasia moderada, pequenos nucléolos pode aparecer, o citoplasma é escasso e vacuolizado e as bordas celulares são mal definidas, como mostra a figura 10 (SOLOMON; NAYAR, 2004).



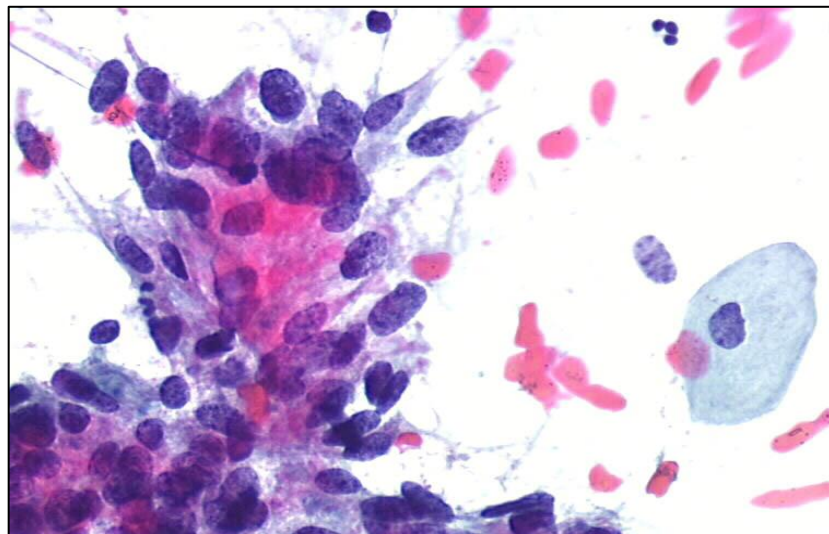
**Figura 9:** Células glandulares endocervicais atípicas. Fonte: IARC (2004).



**Figura 10:** Células glandulares endometriais atípicas. Fonte: IARC (2004).

### 3.4.5 Adenocarcinoma Endocervical

Define-se por uma lesão endocervical glandular de alto grau que tem como principais características o aumento nuclear, estratificação e atividade mitótica, podendo haver características de invasão ou não. Geralmente as células são encontradas em camadas, faixas e rosetas com agrupamento nuclear e sobreposição; as células isoladas são um achado raro. Os agrupamentos aparecem em plumas, com núcleos aumentados e tamanhos variados, ovais ou alongados, e estratificados; os núcleos são hiper cromáticos e a cromatina é granular. São comuns as mitoses, corpos apoptóticos e nucléolos pequenos. A proporção núcleo/citoplasma está aumentada e não há diátese. A presença de diátese, macronúcleolos, vacuolização citoplasmática são características de invasão. Todas essas características podem ser observadas na figura 11 (SOLOMON; NAYAR, 2004).

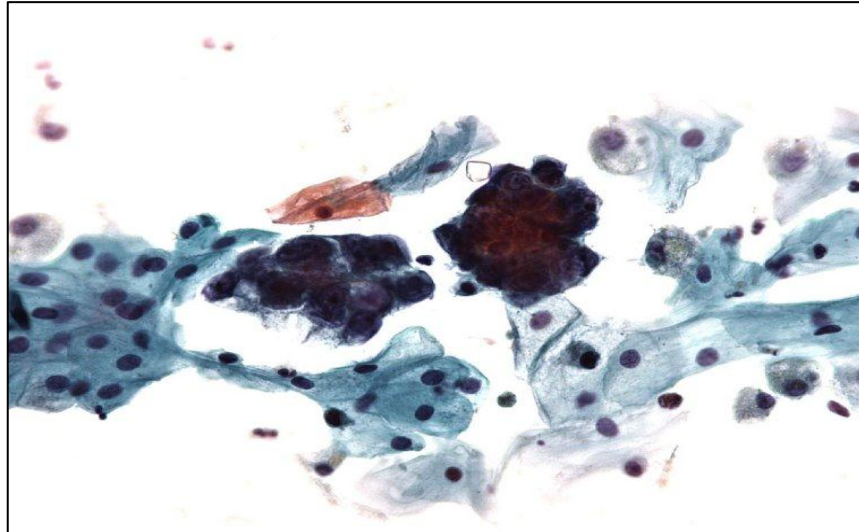


**Figura 11:** Adenocarcinoma endocervical. Fonte: IARC (2004).

### 3.4.6 Adenocarcinoma Endometrial

As células são geralmente isoladas ou em grupos pequenos e densos. Os núcleos e os nucléolos aumentam de tamanho proporcionalmente ao grau tumoral, a forma nuclear e a perda de polaridade são evidentes. Ocorre uma hiper cromasia

moderada, cromatina com distribuição irregular e para cromatina transparente, especialmente nos tumores de alto grau. O citoplasma é escasso, cianofílico e frequentemente vacuolizado; os neutrófilos citoplasmáticos são comuns. A presença de diátese é variável. Essas características podem ser observadas na figura 12 (SOLOMON; NAYAR, 2004).



**Figura 12:** Adenocarcinoma endometrial. Fonte: IARC (2004).

### 3.5 Fatores relacionados a não adesão ao exame de Papanicolau

Um estudo foi realizado no município de São Paulo (SP) no ano de 2000 com o intuito de se identificar a realização do exame preventivo de Papanicolau alguma vez na vida e sua realização nos últimos três anos. Foram entrevistadas 1.172 mulheres com idades que iam de 15 a 49 anos. Das mulheres pesquisadas, 117 relataram nunca ter feito o exame preventivo de Papanicolau, ao serem indagados a respeito dos motivos que as levaram a não fazerem o teste, os mais citados foram: ausência de problemas ginecológicos aparente, não julgarem necessários por se sentirem saudáveis, julgarem o exame embaraçoso/desconfortável, sentem medo ou vergonha do procedimento e dificuldades de acesso ao mesmo (PINHO et al. 2003).

Em um estudo realizado em 2001 que tinha como objetivo relatar as principais motivações que levavam as mulheres a realização do exame ginecológico Papanicolau, os autores notaram que a maioria dessas mulheres compreendia a



importância da realização do exame e o associava a prevenção do câncer. Em relação aos sentimentos no momento do exame, essas mulheres mostraram vergonha, nervosismo e medo. Ficou claro para os autores que há uma grande necessidade de assistência voltada para a educação em saúde, aumentando assim sua adesão aos programas de promoção à saúde e autocuidado (RODRIGUES et al. 2001).

A fim de se analisar fatores associados a não realização do exame de Papanicolau entre os anos de 2001 e 2002 no município de Campinas (SP), foi realizado um estudo com 290 mulheres com idade a partir de 40 anos. Os autores relatam que a não adesão ao Papanicolau vem associado a fatores sociais, demográficos e econômicos. A não adesão ao exame mostrou-se significativamente superior em mulheres com até quatro anos de escolaridade, em mulheres com renda familiar inferior a quatro salários mínimos, nas mulheres com idade entre 40 e 59 anos, em mulheres que se auto designaram pardas ou negras e entre as mulheres que moravam em domicílios com cinco moradores ou mais (AMORIM et al., 2006).

Verificou-se que a não adesão ao exame preventivo foi mais frequente naquelas mulheres que não adotavam outras práticas preventivas e de cuidados a saúde como, por exemplo, os cuidados com a prevenção do câncer de mama. Na opinião das mulheres do presente estudo o fato da mulher achar que não é necessário realiza-lo apareceu entre 43,5% delas; 28,1% consideraram o Papanicolau “um exame chato e embaraçoso” e por isso não procuravam o serviço; 5,7% relataram não aderir ao exame por falta de conhecimento e 13,7% relataram dificuldade nas marcações. (AMORIM et al., 2006).

Em um estudo realizado por Fiovarante e Souza (2003), que teve como finalidade identificar os fatores associados à realização do exame de Papanicolau pelas mulheres do estado de Minas Gerais (BR), mostrou que em relação à idade, a adesão é crescente até os cinquenta e nove anos, após essa idade, ocorre um declínio que fica mais acentuado após os setenta anos. Baseando-se na renda familiar, o estudo mostrou que dentre as mulheres com renda superior a cinco salários mínimos houve uma adesão de 79%, já as mulheres com renda inferior a um salário mínimo a adesão foi de apenas 55% (FIOVARENTE; SOUZA; 2003).

Houve uma grande diferença no volume de adesão ao preventivo em relação ao nível de escolaridade; 84% das mulheres com mais de doze anos de estudo aderiram ao exame, já entre as mulheres sem instrução alguma a adesão foi de

apenas 37%. Outro dado importante do estudo foi à influência do fato da mulher possuir filhos ou não; 69% das mulheres que tinham filhos realizaram o exame de Papanicolau, porém, entre as mulheres que não possuem filhos essa adesão cai para 55%. As mulheres economicamente ativas tiveram uma adesão de 71%, dentre as mulheres economicamente não ativas essa adesão baixa para 60%. Mulheres que residiam na zona urbana realizaram mais exames (69%) do que as mulheres que residiam na zona rural (46%) (FIOVARENTE; SOUZA; 2003).

No ano de 2003, na cidade de São Leopoldo (RS), foi realizada uma pesquisa com mulheres na faixa de 20 a 60 anos a fim de se quantificar a realização do exame Papanicolau junto com os fatores associados a sua adesão. Das 867 mulheres participantes da pesquisa, 741 (85,5%) realizaram o Papanicolau pelo menos uma vez nos últimos três anos, 60 (6,9%) estavam com atraso na realização do seu exame preventivo, e 66 (7,6%) nunca tinham realizado o mesmo. As mulheres de classe econômica menos favorecida, ou seja, mulheres da classe C, D e E eram a maioria dentre as mulheres que nunca fizeram o exame. Constatou-se também que a prevalência de exames nunca realizados foi maior nas mulheres de 20 a 29 anos do que nas mulheres com mais de 50 anos (MULLER et al. 2008).

Em estudo com 120 mulheres realizado no município de Natal (RN), que tinha como uma de suas finalidades principais identificarem as causas que levam as mulheres a não adesão ao exame de Papanicolau, os autores atribuíram o medo de um mal resultado e a vergonha de fazer o exame como os principais fatores da não adesão ao preventivo. Entre os principais motivos de essas mulheres relutarem ao fazerem o exame foram observados que 42% falaram da vergonha e do medo do procedimento, 37,5% falaram que tinham medo de um resultado ruim, 33,3% relataram dificuldade para marcar uma consulta como um grande empecilho e 29,2% não sabiam da importância de realização do exame. (DAVIM et al., 2005).

Com o intuito de analisar os fatores que levam ao rastreamento inadequado do câncer de colo uterino, alguns pesquisadores realizaram em duas capitais de estados brasileiros, Rio de Janeiro (RJ) e Fortaleza (CE), e notaram que os fatores que mais apareciam e influenciavam nas não realizações do exame de Papanicolau nas mulheres foram: baixo nível de escolaridade, baixa renda per capita, idade avançada, mulheres não casadas e não adesão a mamografia e ao exame clínico das mamas (MARTINS et al. 2005).

Observando os resultados, os autores destacaram uma maior necessidade de intervenção nas mulheres com piores condições sociais e econômicas e naquelas com pouco ou difícil acesso aos serviços de saúde. Ficou destacada também a necessidade de melhoras nas ações educativas a fim de se aumentar a procura pelo serviço para garantir métodos de diagnóstico e tratamento adequados (MARTINS et al. 2005).

Analisando as expectativas das mulheres frente à realização do exame de Papanicolau no município de Campina Grande (PB), os autores notaram que a maioria das mulheres apesar de realizarem os exames ainda tinham dúvidas de como o mesmo era feito e da sua real finalidade. Perceberam também que a maioria das mulheres relatou vergonha em realizar o exame e medo de terem ao final um resultado com mau prognóstico. Os autores destacaram a necessidade de se implantar melhores práticas de promoção em saúde e de uma maior humanização por parte da equipe que presta serviço a essas mulheres (MARTINIANO et al. 2006).

No ano de 2006, houve um estudo que explorou a cobertura do teste de Papanicolau e os fatores associados a não realização do mesmo no estado de Pernambuco (BR). O fator mais importante associado a não realização do exame foi o fato da mulher já ter filhos, ou seja, apenas 29% das mulheres que tinham filhos realizaram o exame no ano da pesquisa. Outro fato importante para não adesão ao exame foi o nível de escolaridade; mulheres com ensino fundamental completo procuram o serviço em números bem superiores comparados as mulheres com baixo nível de escolaridade. (ALBUQUERQUE; 2009).

Souza e Borba (2008), analisando os fatores determinantes na adesão das mulheres ao exame citológico no município de Assaré (CE) concluíram que fatores, crenças, tabus e preconceitos contribuem positivamente para não adesão ao exame, mostrando assim uma deficiência na compreensão da importância dessa técnica de prevenção bem como o desconhecimento das mulheres a respeito de como o exame é realizado. Essa falta de informação leva a insegurança e ao medo por parte das mulheres. Notaram também falta de conhecimento em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino, algo de suma importância na adoção de medidas preventivas.

Dados fornecidos pela Organização Mundial de saúde (OMS) mostram que a partir de 2020, 15 milhões de novos casos de câncer ocorrerão por ano no mundo.

Porém, as pesquisas científicas existentes hoje são suficientes para reduzir de uma maneira considerável esse número (NETO et al. 2001).

#### 4. Conclusão

O Papanicolaou é considerado a forma mais eficiente para se rastrear o câncer de colo uterino, mas apesar de possuir uma metodologia fácil, rápida e de baixo custo, os programas de rastreio e combate no Brasil não vem atingindo as metas esperadas.

Com base nos dados da revisão, percebeu-se uma estreita relação entre o comportamento sexual, contágio com agentes infecciosos e o desenvolvimento do câncer de colo uterino. O HPV é considerado como um fator de risco determinante para o desenvolvimento dessa neoplasia, porém fatores como multiplicidade de parceiros, higiene íntima inadequada, tabagismo, alcoolismos e início precoce de atividade sexual vem se mostrando associados a um aumento no risco de se desenvolver o câncer de colo uterino.

Em relação aos fatores que contribuem para não adesão ao exame de Papanicolaou, os mais comuns foram: falta de conhecimento a respeito de como se realiza o exame, medo de sentir dor, sentimento de vergonha por se tratar de um exame pélvico, receio de um resultado ruim, falta de conhecimento sobre a real finalidade da técnica, dificuldade nas marcações, demora na entrega dos resultados e a falta de escuta prévia à realização do exame. O fato da mulher já ter idade avançada e o fato da mulher não possuir filhos atuou de forma negativa, na adesão do preventivo. A falta de procura a outros serviços de saúde da mulher, como a mamografia, por exemplo, também contribuiu para a não adesão ao preventivo.

Em vista desses resultados ficou clara a necessidade de implantação de programas voltados para o lado educativo, com finalidade de esclarecimento a respeito da técnica e função do Papanicolau, bem como a implantação de políticas de saúde focadas na explanação dos fatores de risco, a fim de se evitar a exposição ao HPV e demais fatores, aumentando assim o conhecimento sobre o câncer de colo uterino e suas formas de prevenção. Faz-se necessário também, uma maior sensibilidade e maior capacidade de passar informação por parte da equipe que atende essas mulheres, a fim de se criar uma maior empatia entre profissional de saúde e paciente, diminuindo assim sentimentos negativos que prejudiquem a adesão das mesmas ao serviço.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.S. Expectativas frente ao exame preventivo do câncer de colo do útero. **Revista brasileira ciência e saúde**, v.2, n.10, p.159-170, 2006.

AMORIN,C.; BAIRATI, I.B.; BOUCHARD, C.; FORTIER, M.; ROY, M.; MOORE, L., et al. Cytologic predictors of cervical intraepithelial neoplasia in women with an ASCUS pap smear. **Acta Cytol**, v.44, n.576, p.85, 2002.

BARROS, S.M.O.; MARIM, H.F.; ABRÃO, A.C.F.V. **Enfermagem obstétrica e ginecologia para pratica assistencial 1**. Roca, ed-SP, p. 419-430, 2002.

BASTOS, Á.C. **Ginecologia**. 11<sup>a</sup> ed., São Paulo: Atheneu, 2006.

BOCH, F.; LORINCZ, A.; MUÑOZ, N.; MEIJER, C.J.L.M.; SHAH, K.V. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. **Journal of clinical pathology**, v.55, p.244-65, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção do câncer de colo de útero. **Manual de Técnicas Médicas**. Brasília, p. 04-46, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. INCA. **Ações de enfermagem e controle do câncer: uma proposta de integração ensino serviço**. Brasil, cap.3, p.85-123, 2006.

BRENNA, S.M.; HARDY, E.; ZEFERINO, L.C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Caderno de saúde pública**, v.17, n.4, p.909-917, 2001.

DAVIM, R.M.B. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal – RN sobre o exame Papanicolaou. **Revista da escola de enfermagem - USP**, v.3, n.39, p.296-302.

FERREIRA, M.L.S.M. Motivos que influenciam a não realização do exame Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Escola Ana Nery revista de enfermagem**, 2009. abr-jun; v.13, n.2, p.84.

FILHIOLINO, A.C.; MAEDA, S.; CHIESA, A.M. Falta de oportunidade, desconhecimento ou opção: um estudo de condições de vida das mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolaou. **Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Belo Horizonte - MG : Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2008.

FURNIS, K.K. Tratamento de pacientes com distúrbios reprodutivos femininos. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 1ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 170-201p.

GOODMAN, A. Role of routine human papillomavirus subtyping in cervical screening. **Current opinion in obstetrics and gynecology**, v.12, n.1, p.11-14, 2000.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2ª ed., Rio de Janeiro: INCA, 2006. 56 p.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>>. Acesso em: 02 de março de 2012.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2012.

IARC – International Agency for Research on Cancer. **Histopathology and cytopathology of the Uterine Cervix – Digital Atlas**. France, 2004. Disponível em: <<http://screening.iarc.fr/atlascyto.php?lang=4>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2013.

LIMA, A.C.; PALMEIRA, V.A.J.; CIPOLITTE, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil, 2006. **Caderno de saúde pública do Rio de Janeiro**, v. 22(10), p. 2151-2156, 2006.

MACHADO, J.B.; GONÇALVES, M.M.G. Carcinoma epidermóide de colo uterino. **Acta Medica**, v.19, p. 25-209, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de procedimentos técnicos e administrativos**. Brasília, DF, 2004.

MARTINIANIANO, C.S. Expectativas frente ao exame preventivo do câncer de colo do útero. **Revista brasileira ciências e saúde**, v.2, n.10, p.159-170, 2006.

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, 2005.

MEDEIROS, V.C.R.D.; MEDEIROS, R.C.; MORAES, L.M.; FILHO, J.B.M.; RAMOS, E.S.N.; SATURNINO, A.C.R.D. Câncer de Colo de Útero: Análise Epidemiológica e Citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte. **Revista brasileira de análises clínicas**, vol.37(4), p.227-231, 2005.

MULLER, D. K. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de saúde pública**, v. 11, n.24, p.2511-2520, 2008.

MÜNGER, K.; BALDWIN, A.; EDWARDS, K.M.; HAYAKAWA, H.; NGUYEN, C.L.; OWENS, M.; GRACE, M.; HUH, K.W. Mechanisms of Human Papillomavirus Induced Oncogenesis. **Journal of virology**, v.78, n.21, p.11451–11460, 2004.



NETO, A.R.; RIBALTA, J.C.L.; FOCCHI, J.; BARACAT, E.C. Avaliação dos métodos empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino do Ministério da Saúde. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v.23(4), p.209, 2001.

NOVAIS, H.; BRAGA, P.; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciência e saúde coletiva**, v.11, n.4, 2006.

OLIVEIRA, M.M.; SILVA, A.A; BRITO, L.; COIMBRA, L. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luis, Maranhão. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.9, n.3, p.325-334, 2006.

PINHO, A.A.; FRANCA I JUNIOR. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. **Revista brasileira de saúde materno- infantil**, v.3(1), p.95-112, 2003.

RISI JUNIOR, J.B.; NOGUEIRA, R.P. (Coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FIEKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.117- 234.

RODRIGUES, D.P.; FERNANDES A.F.C.; SILVA, R.M. Percepção de algumas mulheres sobre o exame Papanicolaou. **Escola Ana Nery revista de enfermagem**, v.5, n.1, p.113-118, 2009.

ROBERTO NETO, A.; RIBALTA, J.C.L.; FOCCHI, J.; BACARET, E.C. 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.15, p.23:209, 2001.

SALOW, D.; RUNOWICZ, C.D.; SOLOMON, D.; MOSCICKI, A.B.; SMITH, R.A.; EYRE, H.J.; COHEN, C. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. **Cancer Journal for Clinicians**, v. 52, p.342-362, 2002

SARAKANARAYANAN, R.; GAFFIKIN, L.; JACOB, M.; SELLORS, J.; ROBLES, S. A critical assement of screening methods for cervical neoplasia. **Journal of gynecology and obstretics**, v.89, p.S4-S12, 2005.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth - tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SOLOMON,D.; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para Citopatologia Cervicovaginal**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Rivinter, 2004. 192 p.

SOUZA, B.B.; BORBA, P.C. Exame Citológico e os Fatores Determinantes na Adesão de Mulheres na Estratégia Saúde da Família do Município de Assaré. **Caderno cultura e ciência**, v.2, n.1, p.36-45, 2008.

VILLA, L.L. Vaccines against papillomavirus infections and disease. **Salud publica de Mexico**, v.45, 2003.

World Health Organization. **Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice**. Geneva: WHO, 2007

ZEFERINO, L.C.; COSTA, A.C.; MORELLI, M.G.L.D.; TAMBASCIA, J; PANNETA, K.; PINOTTI, J.A. Programa de detecção do câncer do colo uterino de Campinas e região. **Revista brasileira de cancerologia**, 1999.

**ANEXO****ANEXO  
DECLARAÇÃO**

Eu, **Lorena Karynne Bezerra Santos**, portadora do documento de identidade RG 7.580.923, CPF nº 067.671.264-97, aluna regularmente matriculada no curso de Pós-Graduação em Citologia Clínica, do programa de *Lato Sensu* da UNIP – UNIVERSIDADE PAULISTA, sob o nº 101225 declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é: “**Fatores Associados a não Realização do Exame de Papanicolaou e sua Relação com o Contágio do Papilomavírus Humano (HPV) e o Desenvolvimento do Câncer de Colo**” da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citando sempre as fontes as quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto as declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser considerado NULO e, conseqüentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a tornar-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente DECLARAÇÃO,

Em São Paulo, 26 de março de 2013.

---

Assinatura do (a) aluno (a)

Autenticação dessa assinatura, pelo funcionário da Secretaria da Pós- Graduação <i>Lato Sensu</i>
---