



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS TROPICAIS

DIRCE NASCIMENTO PINHEIRO

FATORES INTERFERENTES NAS ESTRATÉGIAS DE
CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO COM
ÊNFASE NA INFECÇÃO PELO HPV.

Belém-Pará

2014

DIRCE NASCIMENTO PINHEIRO

FATORES INTERFERENTES NAS ESTRATÉGIAS DE
CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO COM
ÊNFASE NA INFECÇÃO PELO HPV.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Doenças Tropicais do Núcleo de Medicina Tropical da
Universidade Federal do Pará, como requisito para
obtenção do Grau de Doutor em Doenças Tropicais.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Marília Brasil Xavier

Belém-Pará

2014

DIRCE NASCIMENTO PINHEIRO

TÍTULO: FATORES INTERFERENTES NAS ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO COM ÊNFASE NO HPV.

Tese apresentada à aprovação como requisito para obtenção do grau de Doutor em Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina do Pará da Universidade Federal do Pará, pela Comissão formada pelos professores:

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Marília Brasil Xavier – Orientadora

Antônia Margareth Moita Sá
Prof^a Dra. Universidade do Estado do Pará – Avaliador

Márcia Maria Lopes Bragança
Prof^a. Dra. Universidade Federal do Pará – Avaliador

Nara Macedo Botelho
Dra. Prof^a. Universidade do Estado do Pará – Avaliador

Rita Catarina Medeiros Sousa
Dra. Prof^a. Universidade Federal do Pará – Avaliador

Lucia Hisako Takale
Dra. Prof^a. Universidade Federal de Santa Catarina – Suplente

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu alicerce e sustento em todos os momentos da minha vida.

À Dra. Marília Brasil Xavier, referência profissional de dedicação à educação, pelas orientações, pela paciência e apoio na construção da base e conclusão deste projeto.

À Dra. Maria da Conceição Nascimento Pinheiro, referência profissional de dedicação à pesquisa, pelo incentivo e colaboração para que esta tese fosse concluída.

À Dra. Márcia Maria Bragança Lopes, Dra. Antônia Margareth Moita Sá e Dr. Juarez Antônio Simões Quaresma pela valiosa contribuição na base deste projeto, quando da fase de qualificação.

Às mulheres participantes ativas da pesquisa pela demonstração de carinho e confiança nesta pesquisa.

Ao Dr. Hélio Franco, Dra. Ilma Pastana, diretores e funcionárias da Unidade Básica de Saúde da Pedreira, Unidade Municipal de Saúde do Guamá, Centro Escola Saúde do Marco, da Unidade de Saúde da Família Galo II e da Casa da Família Parque Amazônico I, pelo apoio recebido durante a pesquisa de campo.

À Dra. Sandra Polaro, ao Roberval Feio e a Rita Facundo pela compreensão, apoio e suporte durante todo o processo deste trabalho científico.

A UFPA e Núcleo de Medicina Tropical pela oportunidade desta pós-graduação.

À Cláudia Amaro e Socorro Cardoso do Núcleo de Medicina Topical da Universidade Federal do Pará pela colaboração.

A todos que contribuíram para o planejamento, execução e conclusão desta tese.

RESUMO

O câncer do colo do útero é um dos graves problemas de saúde pública no mundo e no Brasil. O exame colpocitológico e a educação em saúde são estratégias fundamentais para o êxito do programa de prevenção do câncer do colo do útero nos serviços de saúde pública. Foi realizado um estudo transversal e analítico, com o objetivo de identificar e discutir os fatores interferentes nas estratégias de controle do câncer do colo do útero, com ênfase na infecção pelo vírus HPV, sob a perspectiva das clientes do programa. A população do estudo foi de 858 mulheres atendidas nas unidades de saúde pública, em duas estratégias de Saúde da Família e três unidades básicas de saúde, sendo uma um Centro de Saúde Escola, no Município de Belém/PA. Os dados foram coletados através de entrevista. Entre os fatores que interferem negativamente na efetividade das estratégias do respectivo programa estão incluídos: o perfil de clientela quanto a idade, grau de instrução e renda familiar; as características de atendimento e tipo de demanda do programa; o conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero, neoplasia intraepitelial cervical, vírus HPV e vacina anti-hpv e; o uso das práticas educativas pelas unidades de saúde deste estudo. Conclui-se que intervenções na organização dos serviços de saúde pública podem contribuir na efetividade dessas estratégias, como a efetivação da busca ativa para melhorar o acesso das mulheres nas faixas etárias de maior prevalência de infecção pelo HPV e das mulheres em atraso com o exame colpocitológico anual. Assim como, o estabelecimento das práticas educativas como um recurso organizacional permanente para elevar o nível de conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e vírus HPV; além de tornar o monitoramento efetivo de mulheres sob controle anual. Enfim buscar ferramentas organizacionais na perspectiva da prevenção primária e secundária importantes para o controle do câncer do colo do útero e do vírus HPV.

Palavras chave: Neoplasia do Colo do Útero; Papilomavírus humano; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Cervical cancer is one of the serious health public problems in the world and in Brazil. Papanicolaou test and health education strategies are tactics to the success of the program for prevention of cervical cancer in public health services. A cross-sectional analytical study aiming to identify and discuss interfering factors in strategies to control cervical cancer, with emphasis on HPV infection, from the perspective of program clients. The study population was formed by 858 women who were attended in public health facilities in two Family Health strategies and three basic Health Units, one of them is the Health Center School, in the city of Belém / PA. Data were collected by means of interviews. Among the factors that affect negatively strategies effectiveness of the respective program are included: client's profile in age, educational level and family income; service characteristics and program demand type; women knowledge about uterine cervical cancer, cervical intraepithelial neoplasia, HPV virus and anti - hpv vaccine and the use of educational practices by Health Units in this study. It is concluded that interventions in public health organization services can contribute to the effectiveness of these strategies, such as efficient supervision to improve women access in the age groups which most infections prevail by HPV virus and women who delay the annual Pap smear exam. As well as the establishment of educational practices as a permanent organizational resource to raise the level of women knowledge about cervical cancer and HPV virus, Moreover taking effective monitoring of women under annual checkup. After all, get organizational tools in important primary and secondary prevention perspectives for the control of cervical cancer and HPV virus.

Keywords: Cervical neoplasia, Human Papillomavirus; Health Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele não melanoma.

Figura 2: Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil

Figura 3: Organização dos Serviços de Saúde e a Rede de Câncer no Pará

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil das mulheres do programa de prevenção do câncer do colo do útero, segundo faixa etária por Unidade de Saúde Pública. Belém/PA, 2013.....	47
Tabela 2: Perfil socioeconômico das mulheres do programa de prevenção do câncer do colo do útero, segundo grau de instrução e renda familiar por Unidade de Saúde Pública. Belém/PA, 2013.....	49
Tabela 3: Características de atendimento do PCCU por Unidade de Saúde Pública. Belém/PA, 2013.....	51
Tabela 4: Tipo de demanda por características de atendimento do PCCU por Unidade de Saúde Pública. Belém/PA, 2013.....	52
Tabela 5: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas, segundo as características de atendimento do PCCU, na UBS Pedreira. Belém/PA, 2013.....	54
Tabela 6: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas, segundo as características de atendimento do PCCU, na UMS Guamá. Belém/PA, 2013.....	55
Tabela 7: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas, segundo as características de atendimento do PCCU, no CES Marco. Belém/PA, 2013.....	56

Tabela 8: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas, segundo as características de atendimento do PCCU, na ESF Galo II. Belém/PA, 2013.....57

Tabela 9: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas, segundo as características de atendimento do PCCU, na ESF Parque Amazônico I. Belém/PA, 2013.....58

Tabela 10: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas segundo Unidades de Saúde Pública. Belém/PA, 2013.....60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CES – Centro Escola de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HPV – Vírus do papiloma humano

HSIL – Lesão intraepitelial de alto grau

IARC – International Agency for Research on Cancer

INCA – Instituto Nacional de Câncer

LSIL – Lesão intraepitelial de baixo grau

MS – Ministério da Saúde

NIC – Neoplasia intraepitelial cervical

PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCCU – Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica

PSF – Programa de Saúde da Família

NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SESMA/BEL – Secretaria Municipal de Belém

SESPA – Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará

SISCOLO- Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UMS – Unidade Municipal de Saúde

UEPA – Universidade do Estado do Pará

USP – Unidade de Saúde Pública

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	15
2.2. O Vírus HPV e Fatores de Risco de Câncer do Colo do Útero	18
2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER	19
2.4. CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UM PROBLEMA DE SAÚDE DA MULHER NA AMAZÔNIA	24
2.5. ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	26
2.5.1. Exame Colpocitológico ou Preventivo	27
2.5.2. Educação em Saúde na Atenção ao Câncer do Colo do Útero	28
2.5.3. Vacina contra o vírus HPV	30
2.5.4. Seguimento de Mulheres com Neoplasia Intraepitelial Cervical	31
2.6. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	33
3. OBJETIVOS	39
3.1. Objetivo geral	39
3.2. Objetivos específicos	39
4. METODOLOGIA	40

4.1. Tipo de Estudo	40
4.2. Local de Pesquisa	40
4.3. População e Amostra de Estudo	42
4.4. Instrumentos de Coleta de Dados e Técnica de Pesquisa	43
4.5. Procedimentos Metodológicos	43
4.6. Aspectos Éticos	44
4.7. Análise dos Dados	45
5. RESULTADOS	46
6. DISCUSSÃO	61
9. CONCLUSÕES	75
10. SUGESTÕES	76
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	87

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, os países em diversos continentes do mundo têm adotado programas de rastreamento como políticas públicas com objetivo de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero.

No Brasil, as estratégias para o rastreamento de câncer foram implantadas através do Programa Nacional de Prevenção do Câncer Cérvico Uterino, na década de 80. Esse programa passou por reformulações por meio do projeto Viva Mulher em 1998, atualmente é intitulado Programa Nacional de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, cuja sigla é PCCU (BRASIL, 1989; 1998; 2011).

Novas diretrizes nacionais para o rastreamento de câncer do colo do útero foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer em 2011, haja vista que desde a época da implantação do PCCU, o País enfrentava, até hoje, enfrenta altas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero principalmente nas metrópoles da Amazônia do Brasil (BRASIL, 2009).

O principal objetivo do PCCU é a redução da mortalidade por neoplasia do colo do útero e das repercussões física, psíquica e social através das estratégias, o exame colpocitológico e a educação em saúde (BRASIL, 2002).

Segundo Pinheiro e Escosteguy (2004) o principal objetivo dos serviços de saúde é reduzir a mortalidade. De acordo com os autores a taxa de mortalidade é um indicador significativo para avaliar os resultados da atenção, enfocando a prática profissional, quanto à organização dos serviços e sistemas de saúde.

O exame colpocitológico é a estratégia principal do PCCU para detecção precoce das neoplasias intraepiteliais cervicais e lesões sugestivas do vírus HPV em mulheres assintomáticas. Este exame é ofertado pelo Sistema Único de Saúde dentro de um processo de organização de serviços de saúde pública que perpassa pela tríade Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidade Básica de Saúde (UBS) e Centro ou Unidade de Referência de Saúde da Mulher, em nível de atenção básica e média complexidade na saúde (BRASIL, 2002; 2006; SERRANO e RAMIRES, 2002, 2008).

Além do exame colpocitológico, a educação em saúde é um das estratégias importantes nos serviços de saúde pública na atenção ao câncer do colo do útero na perspectiva da prevenção primária e controle dos fatores de risco de câncer, como o papilomavírus humano, o HPV (BRASIL, 2011, 2013).

No SUS, a implantação e implementação dessas estratégias são desafios para os gestores, gerentes e profissionais de saúde, à medida que a implementação do PCCU exige estudos e reflexões sobre a organização dos serviços de saúde e das práticas educativas em saúde, pois a boa prática dessas estratégias é fundamental para redução da mortalidade por câncer do colo do útero na Amazônia, onde, historicamente, os índices de morbimortalidade são alarmantes.

A magnitude deste estudo está relacionada com situação epidemiológica do câncer do colo do útero e das infecções pelo vírus HPV, bem como, com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher vigente, que estabelece que o SUS seja orientado e capacitado para atenção integral à saúde da mulher numa perspectiva do controle de patologias mais prevalentes. Dentre as patologias, o câncer do colo do útero é um dos graves problemas de saúde pública e as infecções genitais por HPV são frequentes em mulheres adolescentes e jovens adultas (BRASIL, 2004).

Em Belém, umas das metrópoles da Amazônia, embora as estratégias do PCCU estejam implantadas no Sistema Municipal de Saúde é questionável se o exame colpocitológico e a educação em saúde estão sendo desenvolvidas nos serviços de saúde pública com efetividade em nível de atenção básica. Há possíveis fatores que interferem nessas estratégias dificultando o êxito do PCCU, supondo-se que nos serviços de saúde pública as práticas dessas estratégias não levam em consideração à prevenção do câncer do colo do útero frente aos fatores de risco, como o vírus HPV.

Também, o estudo está baseado na crença da essencialidade de abordagem científica ampliada às questões da organização e das práticas das estratégias do PCCU, um dos programas importantes das políticas públicas de atenção à saúde no Brasil, para contribuir para efetividade dessas estratégias de câncer em um ambiente amazônico.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Atualmente a neoplasia ganhou uma dimensão epidemiológica maior no mundo, tornou-se um problema de saúde pública igualmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil. O termo “câncer”, derivado da palavra latina caranguejo, é comumente usado nas literaturas para designar a neoplasia ou os tumores malignos (KUMAR *et al.*, 2005; KUMAR; STRICKER, 2010).

A neoplasia significa literalmente o processo de um “novo crescimento”, e um novo crescimento é denominado de neoplasma. O conceito de Willis, oncologista inglês, é o mais aceito. Willis definiu que “um neoplasma é uma massa anormal de tecido, cujo crescimento é excessivo e não coordenado com aquele dos tecidos normais, e persiste na mesma maneira excessiva após a interrupção dos estímulos que originou as alterações” (KUMAR *et al.* 2005; KUMAR; STRICKER, 2010)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, no ano de 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer, principalmente acometendo pessoas residentes nos países de baixa e média renda (BRASIL, 2011).

O câncer não é uma doença única e sim um conjunto de mais de cem doenças diferentes, que resultam de alterações que determinam um crescimento celular desordenado não controlado pelo organismo e que compromete os tecidos e órgãos. Dentre os cânceres, o câncer do colo do útero é uma das cem doenças neoplásicas, o órgão acometido é o útero, em uma parte específica – o colo, predomina nos países emergentes, como Brasil e China (BRASIL 2002).

No mundo a incidência por câncer do colo do útero ainda é muito elevada, sendo maior nos países em desenvolvimento, quando comparado com os países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, 11.150 mulheres foram diagnosticadas com câncer do colo do útero e 3.670 mulheres morreram devido a esta doença em 2007 (PIROG; ELLENZO, 2010).

As estimativas mundiais registradas em 2012 apontam 527 mil casos novos e 265 mil óbitos em mulheres, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento.

No mundo o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum na população feminina (BRASIL, 2013).

No Brasil as estimativas para o ano de 2014, válidas para 2015, esperam-se 15.590 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. Também é um câncer que ocupa a terceira posição, quando comparado com as demais neoplasias que afetam a população feminina no País (BRASIL, 2013).

Na região Norte do Brasil, sem considerar os tumores da pele não melanoma, o risco estimado é de 23,57/100 mil mulheres, o que faz dessa região a mais incidente. Em outras regiões brasileiras o risco estimado é a seguinte: Centro-Oeste (22,19/100 mil); Nordeste (18,79/100 mil); Sudeste (10,15/100 mil) e Sul (15,87/100 mil) mulheres (BRASIL, 2013).

A figura 1 mostra os dez tipos de câncer mais incidentes por sexo e localização primária na região Norte do Brasil, segundo as estimativas para o ano de 2014 válidas para o ano de 2015, publicada pelo Instituto Nacional do Câncer em 2014.


De acordo com as estimativas de 2014, os dez tipos mais frequentes em homem são os cânceres de próstata, 24,6%, estômago, 8,9%, traqueia, brônquio e pulmão, 6,1%, cólon e reto, 3,6%, leucemias, 2,9%, cavidade oral, 2,7%, laringe, 2,4%, linfoma não Hodgkin, 2,0%, sistema nervoso central, 2,0% e bexiga, 1,9% (Figura 1).

Na mulher os dez tipos de cânceres mais frequentes são os cânceres do colo do útero, 19,0%, mama, 17,3%, estômago, 4,7%, cólon e reto, 4,3%, traqueia, brônquio e pulmão, 4,0%, glândula tireoide, 2,9%, leucemias, 2,4%, ovário, 2,2%, corpo do útero, 1,8% e sistema central nervoso, 1,7% (Figura 1)

Em geral, o câncer do colo do útero atinge mulheres em idade reprodutiva e não reprodutiva, começa a partir de 30 anos, aumentando seu risco até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos, sendo que a faixa etária de maior prevalência estende-se dos 35 aos 45 anos. A sobrevida aproximada é de 70% (BRASIL, 2013, PIATO; PIATO, 2008).

Vários estudos identificaram faixas etárias em que as mulheres são mais acometidas de câncer do colo do útero, entre eles, Parkin *et al.* (2001) a doença começa a aumentar entre 20 e 29 anos e risco aumenta consideravelmente entre 45 a 49 anos em populações europeias e Gomes *et al.* (2012) a doença afeta mulheres na faixa etária de 29 a 76 anos em populações brasileiras.

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele não melanoma* (Figura 1)

Localização primária	casos novos	%		Localização primária	casos novos	%
Próstata	2.480	24,6%		Colo do Útero	1.890	19,0%
Estômago	900	8,9%		Mama Feminina	1.720	17,3%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	620	6,1%		Estômago	470	4,7%
Cólon e Reto	360	3,6%		Cólon e Reto	430	4,3%
Leucemias	290	2,9%		Traqueia, Brônquio e Pulmão	400	4,0%
Cavidade Oral	270	2,7%		Glândula Tireoide	290	2,9%
Laringe	240	2,4%		Leucemias	240	2,4%
Linfoma não Hodgkin	200	2,0%		Ovário	220	2,2%
Sistema Nervoso Central	200	2,0%		Corpo do Útero	180	1,8%
Bexiga	190	1,9%		Sistema Nervoso Central	170	1,7%

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10
 Fonte: INCA, 2014

Os estudos mostram que as taxas de frequência são mais elevadas nas regiões onde o rastreamento das neoplasias intraepiteliais cervicais é deficiente. Também que o tipo histológico mais comum do câncer do colo do útero é o carcinoma de células escamosas, representando cerca de 85% a 90% dos casos, vindo a seguir o adenocarcinoma (BRASIL, 2013; PIATO; PIATO, 2008).

2. O Vírus HPV e os Fatores de Risco de Câncer do Colo do Útero

O câncer do colo do útero apresenta etiologia multifatorial, com fatores genéticos e ambientais e os relacionados aos estilos e hábitos de vida. Destacam-se nos fatores de risco a infecção pelo HPV, primeira relação sexual em idade jovem (< 16 anos), múltiplos parceiros sexuais, tabagismo, alta paridade, raça, elevada e baixa condição socioeconômica e o uso de anticoncepcional oral (PARELLADA; PEREYRA, 2009; BIDUS; ELKAS, 2008; ZIMME; ROSA, 2008).

Dos fatores, a relação entre infecção genital pelo HPV com as neoplasias intraepiteliais cervicais e o carcinoma invasivo do colo uterino é bem-estabelecida. Entretanto, a infecção pelo HPV é tida como fator essencial, mas não suficiente, para o surgimento da maioria dos tumores do colo uterino, sendo identificado em mais de 95% dos casos (PARELLADA; PEREYRA, 2009; BIDUS; ELKAS, 2008; ZIMME; ROSA, 2008).

O vírus HPV é um fator indispensável para progressão do câncer do colo do útero, embora a presença desse vírus não seja suficiente para induzir carcinogênese genital. Há necessidades de cofatores, como HPV de alto risco, alta carga viral, infecção persistente, imunossupressão, tabagismos, outras doenças sexualmente transmissíveis que impedem que o vírus seja eliminado pelo sistema imunológico do hospedeiro (FOCCHI; SILVA, 2002).

Vários estudos referem à existência do sinergismo entre o vírus HPV e diversos outros cofatores: hormônios contraceptivos (MURTA *et al.*, 2001); tabagismo, imunossupressão (GIULIANO, 2003); tabagismo (LEAL *et al.*, 2003); multiplicidade de parceiros (RAMA *et al.*, 2008); coinfeção HPV e HIV (FEDRIZZI *et al.*, 2011).

Parellada e Pereyra (2009) afirmam que a infecção pelo HPV é muito frequente e “cerca de 50% dos casos ocorrem entre os 15 e os 25 anos. A prevalência em jovens varia entre 27 a 46%. A probabilidade de um indivíduo sexualmente ativo de 50 anos ter sido infectado com o HPV, ao longo da sua vida, atinge 70% a 80%”.

A maioria dos casos dessa infecção é transitória e autolimitada e tem resolução espontânea em 80% dos casos nos períodos de 1 a 2 anos, ainda, podem em até 4% dos casos evoluir para lesões, das quais 0,7 a 1% para lesão pré-cancerosa e 0,1% para o câncer invasivo, com um tempo de progressão variável que pode chegar até 15 anos. A infecção torna-se persistente nos restantes 20% dos casos. (PARELLADA; PEREYRA, 2009)

Segundo Ross e Pawlina (2012) a maioria das mulheres será infectada pelo HPV, em algum momento da sua vida, porém apenas uma pequena percentagem (5 a 10%) desenvolverá uma infecção persistente e o risco associado com as neoplasias intraepiteliais cervicais e câncer do colo do útero.

De modo geral, o HPV é um vírus DNA, que pertence à família *Papovaviridae*, mais de 120 tipos de vírus HPV já foram identificados. A maioria em torno de 90% causam verrugas genitais de câncer de colo uterino; são chamados de HPV de baixo risco, que tendem a levar ao aparecimento de verrugas genitais ou a neoplasia intraepitelial cervical de grau I. O HPV dos tipos 16 e 18 são os tipos de HPV de alto risco mais comum e estão associados a 70% dos cânceres do colo do útero e, geralmente causam as neoplasias de grau II e III ou carcinomas (PARELLADA; PEREYRA 2009; ROSS; PAWLINA, 2012).

A atividade sexual precoce, promiscuidade sexual, frequência sexual, números de parceiros, relações sexuais pré-conjugais, relações sexuais extraconjugais são fatores de ordem sexual vinculados com a presença do vírus HPV associado com as lesões pré-cancerosas do colo uterino (FOCCHI; SILVA, 2002; PIATO, 2008).

2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER

As políticas públicas são definidas como conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais de interesse público. Essas atividades são de produção de serviços pelo próprio Estado e de regulação por agentes econômicos (LUCCHESI; AGUIAR, 2004).

Segundo Lucchese e Aguiar (2004) as políticas públicas integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população, do ambiente natural, social e do trabalho fundamentadas nos princípios da promoção, proteção e recuperação da saúde. Dentre as políticas públicas vigentes no Brasil, destaca-se à Saúde da Mulher, incluído a prevenção do câncer do colo do útero e do controle do vírus HPV.

A institucionalização das políticas públicas de Saúde da Mulher no Brasil teve início nas primeiras décadas do século XX, foram concebidas em séquito à trajetória dos diversos

sistemas de saúde implantados ao longo da história da Saúde Pública no País e, firmadas nos conceitos de gênero e da relação mãe-filho (BRASIL, 2004; ALEXANDRE, 2007).

No Brasil, até o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), foram implantados vários programas de assistência à mulher. Entretanto os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 ofereciam cuidados no ciclo gravídico - puerperal e não foram suficientes para assegurar a saúde da mulher, não geraram impacto nos estados e municípios, pois tinham um caráter vertical e, não levaram em consideração as reais necessidades de saúde da população local (BRASI, 1998, ALEXANDRE, 2007).

Segundo Pinotti *et al.* (1987) no início dos anos 70, um grupo de profissionais vinculados à saúde e ao movimento de mulheres debateram sobre as condições necessárias para dar às mulheres um atendimento integral, testando modelos de assistência em que o corpo feminino fosse tratado como um todo e não mais como uma série de órgãos isolados, da competência de diferentes especialistas.

O programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM) lançado pelo Ministério da Saúde em 1984, com uma nova abordagem de atenção integral à saúde da mulher, traduzia novo conceito que significava um rompimento com a visão tradicional acerca do tema saúde da mulher, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (COSTA, 1979; CANESQUI, 1984; OSSIS, 1998).

De acordo com Osis (1998) analisando a história desse programa e seu significado social, conclui-se que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Seu conteúdo inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em *Beijing* em 1995.

Segundo Alexandre (2007) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher de 1984, marcou um novo tempo e uma forma de eleição de prioridades na saúde da mulher. Incorporaram-se ao programa ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, que engloba o todo do ciclo de vida da mulher: ginecologia, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer do colo do útero e de mama e violência sexual.

Figueiredo (2008) afirma sobre a PAISM de 1984, que o programa nasceu com o objetivo de:

Aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, propiciando iguais oportunidades de utilização do serviço para toda a população; melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado pelo pessoal treinado, tanto no sistema formal como o informal (parteiras tradicionais) e diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias; aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto; implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mamas; implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças transmitidas sexualmente; implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo; desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana; implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade; evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher editada pelo Ministério da Saúde em 2007, pautada nos princípios e diretrizes do SUS, contribui para garantia dos direitos humanos das mulheres e para redução da morbimortalidade por causas evitáveis, como o câncer do colo do útero. Ao mesmo tempo, rever conceitos sobre a mulher e traduz novas temáticas, até então, não incorporada nos programas de atenção à mulher. A PNAISM:

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

Por outro lado, o processo de construção do SUS influenciou a implementação da PNAISM, que vem sendo implementada com bases nos princípios e diretrizes do SUS definidas na legislação básica, a saber: Constituição de 1988; Lei nº. 8.080 e Lei nº. 8.142;

Normas Operacionais Básicas (NOB); Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e outros dispositivos governamentais.

Particularmente com a implementação da NOB/96 consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização dos serviços de saúde entre os quais se colocam as de natureza de prevenção do câncer do colo do útero, integrados ao sistema de saúde pública e seguindo as diretrizes do Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde e coordenador da Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005).

Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pelo Ministério da Saúde em 2006 estabeleceu um novo desenho de organização na atenção básica que fortalece a municipalização, com a criação dos programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, hoje, denominada Estratégia de Saúde da Família. De acordo com a PNAB a atenção básica é a porta de entrada preferencial do SUS para todos os usuários, inclusive a mulher (BRASIL, 2006).

Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde a atenção básica será fortalecida pela Estratégia Saúde da Família. Por sua vez, segundo a definição do Pacto pela Vida, de 2006, a Estratégia Saúde da Família é prioridade e modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. Bem como, o câncer do colo do útero é uma doença prioritária segundo o respectivo Pacto (BRASIL, 2005).

No contexto atual os princípios e diretrizes da política pública de saúde da mulher estão baseados na Constituição Brasileira de 1988, pelos princípios do SUS de universalidade, equidade, no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Conforme a Constituição (1988) a mulher tem direito de acesso aos serviços públicos de saúde e àqueles contratados pelo poder público, ou seja, a mulher tem direito aos serviços de prevenção ao câncer do colo do útero em todos os níveis de organização de atenção à saúde compreendendo básica, média e alta complexidade na saúde.

Em termos resolutivos, foram estabelecidos compromissos internacionais e nacionais para promover e proteger a saúde da mulher. No Brasil o PNAISM deveria ser desenvolvido de forma integral e articulado com outras políticas públicas, como a Política Nacional de

Atenção Oncológica com ênfase no Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero e de Mama, com as ações de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, em que o controle do vírus HPV está incluído no contexto da saúde da mulher (BRASIL, 2005).

Segundo Alexandre (2007) as ações de saúde da mulher foram devidamente delimitadas, cabendo aos municípios à prestação das ações básicas mínimas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo uterino. Ao Estado cabe ação de maior complexidade e ao governo federal, o processo de assessoria e apoio à implantação da PAISM e do PCCU

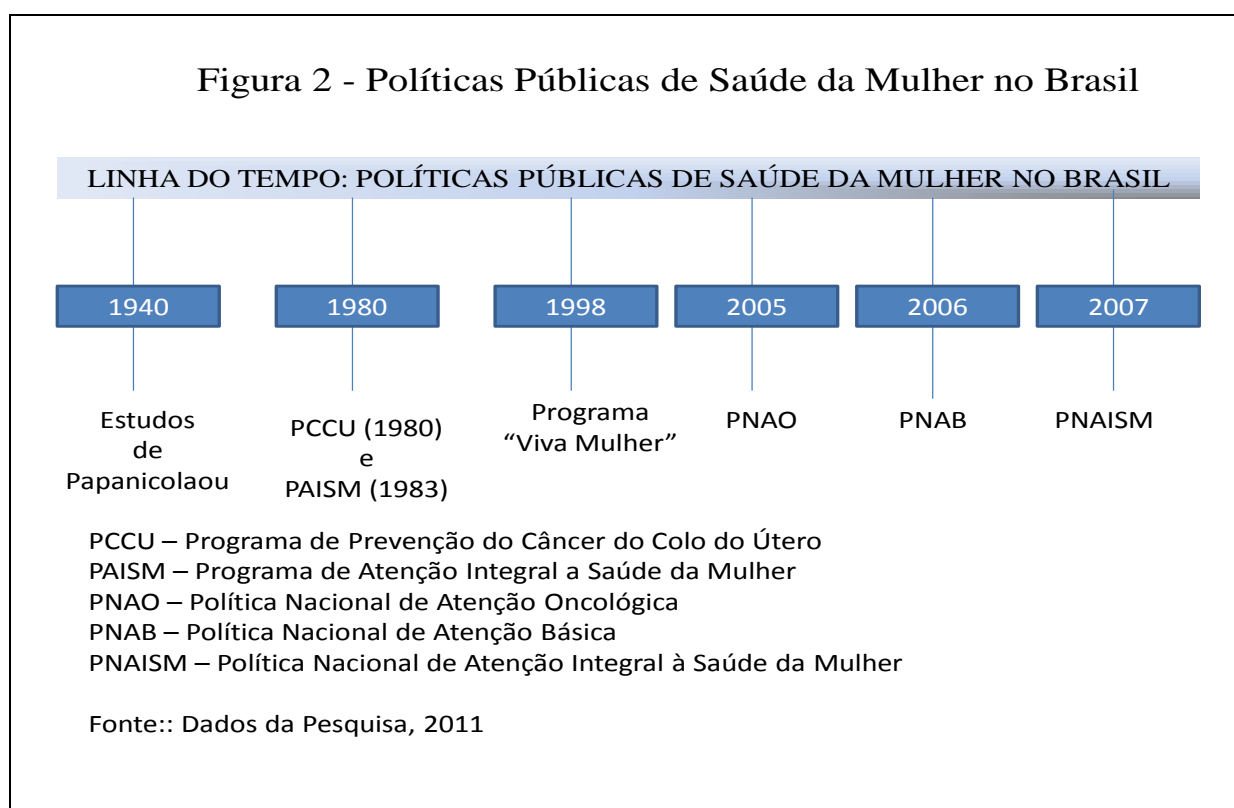
De acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na PNAISM (2004-2007):

O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.

Para Mantamala (1995) a qualidade da atenção à saúde da mulher deve estar relacionada a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde.

A figura 2 mostra a linha do tempo das políticas públicas correlacionadas com a saúde da mulher a partir dos estudos das células cérvico-vaginais de Georg Papanicolaou, de 1940, nos EUA, que resultou no método de rastreamento o “exame colpocitológico” altamente importante na prevenção do câncer do colo do útero.

No Brasil, ao longo dos anos, foram implantados os programas de assistência integral à saúde da mulher, de prevenção do câncer do colo do útero, viva mulher, todos em consonância com as políticas públicas atenção oncológica, atenção básica e de atenção integral à saúde da mulher.



Não obstante o enfoque dessas políticas públicas, a orientação dos programas de saúde da mulher e de prevenção do câncer do colo do útero, a expansão do exame colpocitológico nos serviços de Saúde Pública do Brasil ainda não deram a reviravolta necessária para redução da mortalidade por câncer (SIILVA, 2004).

2.4. CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UM PROBLEMA DE SAÚDE DA MULHER NA AMAZÔNIA

O câncer do colo do útero é um problema de saúde pública marcante na região Amazônica sob o ponto de vista epidemiológico e social. É uma doença prevalente em todas as regiões sendo que na região Norte do Brasil é a mais incidente das neoplasias femininas, embora o exame colpocitológico para seu diagnóstico precoce esteja disponível nos serviços de saúde em todos os Estados e Municípios.

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde implantou em 1997, o projeto piloto – Programa Viva Mulher com a finalidade de desenvolver as bases para estruturar um programa de rastreamento de câncer do colo do útero de alcance nacional, com objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por neoplasia através de estratégias, como o exame colpocitológico (BRASIL, 1998, 2002).

O projeto Viva Mulher foi desenvolvido em seis localidades: Belém (Pará); Curitiba (Paraná); Brasília (nas localidades de Tabatinga, Ceilândia e Samambaia e Distrito Federal); Recife (Pernambuco), Rio de Janeiro (na zona oeste da cidade Rio de Janeiro) e no Estado de Sergipe. Por meio desse projeto houve a expansão do exame colpocitológico para maior acesso das mulheres ao exame, com prioridades para aquelas sob maior risco, garantindo o tratamento das neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC) em 100% dos casos (BRASIL, 1998, 2002).

Na cidade de Belém, metrópole da Amazônia, a expansão do exame colpocitológico, reforçada pelo programa “Viva Mulher”, passado dez anos dessa implantação e expansão, o câncer do colo do útero ainda é diagnosticado tardiamente com reduzida chance terapêutica, também é a primeira causa de mortalidade (BRASIL, 1998, 2002; 2009).

De acordo com o Sistema de Mortalidade (SIM), em 2009, no Pará foram registrados 30.512 óbitos, sendo 3.341 por câncer e 271 por neoplasia do colo do útero. Em Belém foi registrado 74 óbitos. No Pará e Belém foram registrados 198 e 52 óbitos, respectivamente, correspondente a idade entre 25 a 59 anos, considerada, até então, a faixa etária prioritária do programa de prevenção do câncer do colo do útero (DATASUS, 2011).

De acordo com Serrano e Ramires (2002, 2008) o exame colpocitológico representa o primeiro nível propedêutico na prevenção do câncer de colo uterino, é um método de rastreamento considerado eficaz para o controle e redução da mortalidade por câncer, além de ser uma tecnologia avançada quando analisado o custo-benefício. Em razão disso o respectivo exame é desenvolvido em larga escala na região amazônica no Brasil, como uma das ações prioritárias do PCCU.

De acordo como o INCA para a efetividade do PCCU faz-se necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos serviços em todas as regiões brasileiras. Bem como as ações estratégicas da linha de cuidado de câncer, destacando como principais ações estratégicas o exame colpocitológico, o seguimento de mulheres com NIC e carcinoma

associados com as lesões sugestivas de HPV e a educação em saúde na atenção ao câncer do colo do útero (BRASIL, 2013).

Assim sendo, o acesso das mulheres às estratégias de controle do câncer do colo do útero em diferentes níveis de organização do SUS, é um direito constitucional para garantia da saúde da mulher na Amazônia, de forma igualitária e com justiça social, considerando que nessa região os índices de morbimortalidade são alarmantes, respaldo no preceito de:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Brasileira, art.196, 1998)

2.5. ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O Programa Nacional de Prevenção do Câncer do Colo do Útero (PCCU) consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero (BRASIL, 2002, 2011).

Entre as estratégias, merece destaque, o exame colpocitológico e a educação em saúde as quais são desenvolvidas em todas as unidades de saúde pública do tipo Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS), em nível de atenção básica no SUS.

O exame colpocitológico deve ser realizado em mulheres sexualmente ativa sem os sintomas da doença, com o objetivo de identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase muito inicial, quando o tratamento pode ser mais eficaz (BRASIL, 2002, 2011).

Além desse exame, os novos métodos de rastreamento, como testes de detecção do DNA do HPV e a inspeção visual do colo do útero, utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI) são eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero (BRASIL, 2002, 2011).

É importante ressaltar que, o câncer do colo do útero é de evolução lenta, uma vez que as neoplasias intraepiteliais cervicais podem existir em um estágio não invasivo por até 20 anos (ROSS; PAWLINA, 2012). Portanto, quanto mais precoce for a intervenção maior

sobrevivência da mulher, assim como essa intervenção é feita por medidas preventivas caracterizadas em nível de prevenção primária e secundária (BRASIL, 2008).

A prevenção primária é a redução da exposição aos fatores de risco como o vírus HPV, agente de transmissão sexual, também é evitar certos hábitos como tabagismo, precocidade e comportamento sexual de risco. Já a prevenção secundária corresponde à detecção precoce do câncer *in situ*, ou das lesões precursoras por meio do exame preventivo (BRASIL, 2008; ALMEIDA, 2005; ZIMAR; ROSA, 2008).

2.5.1. Exame Colpocitológico ou Preventivo

Segundo Serrano e Ramires (2002) o câncer do colo do útero é uma doença facilmente descoberta pelo exame colpocitológico, conhecido como Papanicolaou, graças ao seu criador Georg Papanicolaou, com seus estudos das células cérvico-vaginais em 1940, nos Estados Unidos. O respectivo exame é importante no rastreamento das neoplasias intraepiteliais cervicais e de lesões sugestivas por vírus HPV (SERRA *et al.* (2005).

Ross e Pawlina (2012) enfatizam que o exame colpocitológico, citado por eles como exame citológico, com esfregaço corado pelo Papanicolaou (Pap) é valioso para avaliar a mucosa vaginal e cervical. Fornece importantes informações diagnósticas sobre o epitélio em relação às alterações patológicas, alterações de natureza hormonal durante o ciclo menstrual e ambiente microbiano da vagina e para o diagnóstico inicial do câncer de colo uterino.

No exame colpocitológico as células epiteliais superficiais são raspadas na mucosa, espalhadas em uma lâmina de vidro, fixadas e em seguida coradas pelo método de Papanicolaou. O princípio fundamental do método de Pap. é combinação e utilização do corante básico (hematoxilina Harris), e alguns corantes ácidos (Orange G e eosina), acrescidos de outras substâncias presentes na bateria de coloração, como a água e o diferenciador (álcool, ácido), que tem a função de lavar o esfregaço, para remover o excesso de corantes (SERRANO; RAMIRES, 2008; ROSS; PAWLINA, 2012).

De acordo Serrano e Ramires (2002; 2008) a colheita do material para exame colpocitológico é simples e inócua e deve ser realizada de maneira cuidadosa e sistemática nas regiões da ectocérvice e endocérvice utilizando materiais apropriados, para que o citologista tenha condições adequadas de leitura das lâminas.

Para Serrano e Ramires (2008) as aplicações de ducha ou cremes vaginais, assim como atividade sexual, devem ser evitadas nas 24 horas, antes da técnica de colheita, também os lubrificantes de espéculos não podem ser usados, uma vez que alteram a qualidade do exame colpocitológico.

O exame colpocitológico consiste na citologia cervical esfoliativa (esfregação cervical). As células são raspadas da superfície epitelial na região do óstio externo e examinadas ao microscópio óptico, buscando-se células anormais, características de lesões pré-cancerosas. As áreas anormais quando tratadas geralmente por remoção cirúrgica previne o desenvolvimento de câncer invasivo (SERRANO; RAMIRES, 2002, 2008).

Nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), após a colheita do material, as lâminas contendo material citológico são encaminhadas aos laboratórios credenciados pelo SUS. A emissão dos laudos colpocitológicos é realizada de acordo com as normas estabelecidas pelo INCA em um documento técnico denominado Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas, de 2006..

De acordo com o INCA, a classificação citológica mais atual do esfregação cervical é o Sistema de Bethesda, Marylande, Estados Unidos, revisado em 1991 e 2001. De acordo com esse Sistema as alterações celulares são classificadas “em células escamosas e glandulares”. Em células escamosas estão incluídos os casos de atipias de significado indeterminado, efeito citopático compatível com HPV, NIC I (displasia leve), NIC II (displasia moderada), NIC III (displasia acentuada ou carcinoma *in situ*, carcinoma escamoso invasivo). Em células glandulares estão as atipias de significado indeterminado, adenocarcinoma “*in situ*” e adenocarcinoma invasivo (BRASIL, 2006).

O exame colpocitológico tem o objetivo de detectar precocemente as lesões intraepiteliais cervicais, sobretudo as associadas com o vírus HPV. O respectivo exame é destinado às mulheres de 25 a 64 anos, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2011, 2013).

2.5.2. A Educação em Saúde na Atenção ao Câncer do Colo do Útero

No contexto atual a educação em saúde é uma estratégia baseada na troca de conhecimentos científico e popular sobre saúde, seus problemas e fatores determinantes, bem como, no desenvolvimento de práticas educativas fundamentadas no processo de ensino-aprendizagem junto à população as quais devem ser utilizadas pela equipe multiprofissional nos serviços de Saúde Pública do Brasil (PEREIRA, 2008).

Para o INCA é essencial a participação efetiva dos profissionais nos programas de educação comunitária para adoção de hábitos saudáveis de vida como o uso de preservativos nas relações sexuais, ou então, redução dos hábitos de risco como o tabagismo e o alcoolismo. Enfim, programas e abordagens educativas que enfatizem a qualidade de vida podem contribuir para a prevenção do câncer do colo do útero e colaboram para reduzir a exposição ao vírus HPV (BRASIL, 2011).

Ainda, de acordo com esse Instituto a participação de membros da comunidade em atividades educativas pode ser uma das estratégias para informação e divulgação de medidas preventivas e de controle do câncer do colo do útero e de seus determinantes como o vírus HPV, assim sendo os profissionais de saúde tem a responsabilidade social pela instrução e orientação da comunidade (BRASIL, 2011).

Alguns autores enfatizam a educação como um processo valioso para o conhecimento da população sob a ótica do processo saúde-doença. Para Pereira *et al.* (2001) a educação em saúde é um processo vital de troca, baseada pelas ações consciente do educador e educando. Carbone (2009) afirma que a educação em saúde é remeter o cidadão e sua comunidade ao reconhecimento de seu próprio potencial transformador a favor da saúde da comunidade.

A educação em saúde é uma prática primordial no incentivo às ações de prevenção primária e secundária para o controle do câncer do colo do útero. Antes e após a realização do exame colpocitológico, o uso dessa prática educativa pelos profissionais de saúde que atuam no PCCU, pode auxiliar as mulheres na redução dos seus medos e anseios no momento do exame, além de mostrar o caráter preventivo diante da detecção precoce das lesões intraepiteliais associadas com o vírus HPV (BRASIL, 2008).

Para compreender o câncer do colo do útero e seus fatores de risco, como o vírus HPV é necessária a troca de conhecimento popular e científico, pois a complexidade do processo patológico desta neoplasia pode ser simplificada pelos profissionais de saúde

habilitados, competentes e capacitados no modelo de educação em saúde para orientar a população quanto à promoção na saúde, prevenir riscos, evitar doenças e restaurar a saúde (BRASIL, 2011; ALMEIDA, 2005).

Para Bastable (2010) “o processo educativo é um curso sistemático, sequencial, lógico e planejado e com base científica”, que envolve práticas educativas e abordagens participativas e compartilhadas entre as pessoas envolvidas neste processo.

É importante destacar que as unidades de Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS, com seus Agentes Comunitários da Saúde (ACS), interlocutores das políticas públicas, podem promover a educação à saúde e melhorar o autocuidado dos indivíduos (COSTA, 2009).

Para uma boa prática educativa junto à população do SUS, é necessário o estabelecimento de programas de capacitação profissional nas organizações de saúde. Assim a educação permanente no Brasil tem sido desenvolvida como uma política de desenvolvimento humano para o Sistema Único de Saúde (PAULINO *et al.*, 2007), além de ser ferramenta organizacional para qualificação do trabalho em saúde na atenção ao câncer do colo do útero.

2.5.3. Vacina contra o vírus HPV

Recentemente duas vacinas Cervirax e Gardasil tornaram-se disponíveis para proteger mulheres contra tipos de vírus HPV que causam a maioria dos cânceres do colo do útero, elas são importantes para o desenvolvimento de imunidade específica contra as infecções por HPV (ROSS; PAWLINA, 2012; BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

A vacina é indicada para as mulheres entre 9 a 26 anos, antes da iniciação sexual, sendo administrada em três doses, com garantia de proteção por cinco anos. É segura, não havendo risco de infecção com a sua administração e com efeitos adversos locais leves e moderados (ROSS; PAWLINA, 2012; BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

Há dois tipos de vacinas disponíveis no mercado mundial e brasileiro, a bivalente, Cervarix, que cobre os sorotipos virais 16 e 18 e a quadrivalente, Gardasil, que cobre os tipos 6,11, 16 e 18. Para os outros sorotipos não existe profilaxia (ROSS; PAWLINA, 2012; BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

No Brasil, a vacina Gardasil foi introduzida em 2005, todavia, a incorporação da vacina HPV no Calendário Nacional de Vacinação da Adolescente está prevista para o ano de 2014. De acordo com o Ministério da Saúde a vacinação das adolescentes é uma estratégia de saúde pública para reforçar as atuais ações de prevenção do câncer do colo do útero (BRASIL, 2014).

Segundo Lago (2008) a prevenção primária em oncologia é baseada em investigações epidemiológicas que resultaram na descoberta do vírus HPV, como fator de risco de câncer. Entretanto, em geral, o uso do preservativo masculino ou feminino não faz parte da vida dos parceiros sexuais, assim como a coitarca é cada vez mais precoce, então, a vacina anti-hpv no SUS é uma estratégia para auxiliar a prevenção primária deste câncer.

2.5.4. Seguimento de Mulheres com Neoplasia Intraepitelial Cervical

As neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC) designação dada por Richart (1990) também denominadas de lesões intraepiteliais cervicais representam os estágios iniciais do câncer do colo do útero. O seguimento de mulheres diagnosticadas com NIC quando realizado de modo eficaz pelos serviços de saúde pública podem garantir o êxito da cura da doença e reduzir a mortalidade por neoplasia do colo do útero.

Para Silveira *et al.* (2004) as neoplasias intraepiteliais cervicais são afecções constituídas por alterações das células e da arquitetura epitelial, sem invasão da membrana basal do epitélio, mas com semelhança histológica e possibilidade aumentada de evoluir para o carcinoma.

As neoplasias intraepiteliais cervicais foram investigadas em estudos epidemiológicos desde 1960. Posteriormente, em 1976 estudos de Meisels e Fortin chegaram à concordância que o vírus HPV, vinculado ao coito e atuando no colo uterino de jovens promíscuas de baixas condições socioeconômicas, poderia desencadear modificações celulares iniciais que, no seu progredir, acabariam por ser transformar na neoplasia cervical maligna do tipo epidermóide (FOCCHI, 2002).

Segundo Pirog e Ellenson (2010) a classificação das lesões pré-cancerosas evoluiu e os sistemas de classificação mudaram. O antigo classificava as lesões como displasia leve e

displasia grave/carcinoma *in situ* Depois veio a classificação de neoplasia intraepitelial cervical (NIC ou CIN) de grau I, II e III, equivalente a displasia leve, moderada e grave. O sistema de classificação atual considera a NIC I (CIN I) renomeada para lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e a NIC (CIN) II e III como lesão escamosa de alto grau (HSIL).

Para Crum (2005) as alterações pré-cancerosas devem ser interpretadas tendo em mente o seguinte:

- 1) Que elas representam um continuum de alterações morfológicas com linhas de demarcação pouco nítidas; 2) que elas não evoluem invariavelmente para um câncer e que podem regredir espontaneamente; e o risco de não desaparecerem ou de evoluírem para um câncer aumenta de acordo com a gravidade da alteração pré-cancerosa; 3) que elas estão associadas ao papilomavírus e que os tipos de HPV de alto risco são encontrados com maior frequência nas lesões precursoras de grau mais alto.

Silveira e Barcellos (2008) afirmam que:

A base do diagnóstico das alterações do colo uterino é o exame especular, a colposcopia, a colposcopia avançada com solução de ácido acético, a prova de Schiller, a citologia, a microcolposcopia e a biópsia para exame histológico, que pode ser por coleta dirigida de material (retirada de fragmento de área mais representativa) ou por traquelectomia, isto é, conização.

De acordo com Parada *et al.*, (2008) na linha de cuidados do câncer, a atenção básica à saúde tem responsabilidade quanto as ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos, ou seja, em todos os níveis de prevenção da história natural da doença. As linhas de cuidado de câncer do colo do útero são complementadas pelas ações desenvolvidas em média complexidade, como o seguimento de mulheres com NIC e HPV.

2.6. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para Chiavenato (2004) as organizações são unidades sociais, a fim de atingir objetivos específicos, intencionalmente, construídas e reconstruídas. Para ele uma organização é uma coleção complexa de pessoas trabalhando juntas em uma divisão de trabalho para alcançar um propósito comum, para isso desempenham papéis, mantêm relações e tem responsabilidades nem sempre totalmente determinadas e entendidas.

O propósito de toda organização é produzir um produto ou serviço para satisfazer as necessidades das pessoas, que dependendo da natureza do produto ou serviço prestado podem ser caracterizados como consumidores, associados, contribuintes, usuários, etc. (CHIAVENATO, 2005).

Nas organizações de saúde do SUS os termos “usuário” e “cliente” são comumente usados para designar as pessoas que buscam os serviços de saúde pública para receber atendimento nos diversos programas e serviços ofertados pela rede de serviços do SUS. Entre os usuários as mulheres representam um grupo social prioritário em qualquer nível político-administrativo de gestão em saúde, compreendido, federal, estadual e municipal.

Todas as organizações são guiadas pelas decisões de uma ou mais pessoas denominadas de administradores os quais alocam recursos, determinam a relação meios e fins, dispõem de autoridade (delegada pela sociedade) e responsabilidade (aceita por eles) de estabelecer as condições relativas aos cargos, produtos, serviços, clientes, receitas, conhecimento, estratégia, etc. (CHIAVENATO, 2005, GURGEL, 2009).

Os órgãos de saúde são guiados pelos gestores em cada esfera de governo, cujas competências devem resguardar as das instâncias colegiadas do SUS, assim como levar em conta os preceitos constitucionais, leis orgânicas, normas organizacionais, pactos federativos e as políticas públicas instituídas pelo Ministério da Saúde.

Para Araújo (2004) administração de uma organização de saúde pode ser compreendida como a gestão e a gerência. Os gestores, incluído, os ministros, os secretários estaduais e municipais de saúde são responsáveis pelo planejamento estratégico das políticas públicas e programas de saúde no âmbito da sua gestão. A gerência é a administração, *in*

locus, das atividades estabelecidas nas políticas públicas e nos programas de saúde as quais serão realizadas de acordo com o planejamento tático-operacional.

De acordo com Araújo (2004) o uso do termo administrador cedeu lugar ao termo gestor, isto porque, no passado as chamadas funções do administrador eram destinadas ao administrador, ou seja, aquela posição que cuidava, em nome da organização, do ato de planejar, organizar e assim em diante. Hoje essas funções estão presentes nas atribuições de todos os gestores, gerentes e profissionais de saúde e, responde ao ato administrativo de planejar, organizar, liderar e controlar.

Planejar constitui-se em definir o futuro da organização. Neste ato administrativo são definidos os propósitos, programas e projetos, objetivos e metas a serem alcançadas em termos de longo, médio e curto prazo. O planejamento é composto de planos estratégico e tático (CHIAVENATO, 2005, GURGEL, 2009).

Organizar diz respeito à necessidade de se estabelecer as atividades, que sejam adequadas às pessoas e aos recursos da organização, ou seja, chega a hora de definir o que deve ser feito, por quem deve ser feito, como deve ser feito, a quem a pessoa deve reportar-se, o que é preciso para a realização da tarefa (CHIAVENATO, 2005).

Para liderar e coordenar metas traçadas e responsabilidades definidas pela organização é preciso uma competência essencial, qual seja a de influenciar pessoas de forma que os objetivos planejados sejam alcançados. Neste ato administrativo o plano de trabalho e a programação das atividades técnico-administrativas são instrumentos essenciais da coordenação (CHIAVENATO, 2005; GURGEL, 2009).

Controlar diz respeito ao acompanhamento das atividades da organização traçadas nos planos estratégico e tático-operacional, para garantir a execução do que foi planejado e a correção de possíveis desvios, mantendo-se a qualidade dos produtos ou serviços ofertados pela organização (ARAÚJO, 2004).

Para Chiavenato (2005) o núcleo da sociedade moderna é a organização administrada. A administração é a ferramenta específica para tornar as organizações capazes de gerar resultados e satisfazer necessidades. Acrescenta que, não só fazer as organizações funcionarem bem, mas, sobretudo, fazê-las produzirem resultados e agregarem valor. Mais ainda: mudar contínua e constantemente as organizações para ajustá-las proativamente ao ambiente que se torna cada vez mais mutável e imprevisível.

Por outro lado, o marco histórico das teorias da administração com foco nas organizações bem sucedidas tem sido baseado em estudo amplo de variáveis baseadas nas tarefas, na estrutura organizacional, nas pessoas e no ambiente. Assim sendo, a organização da saúde foi influenciada por diversas teorias administrativas denominadas de Científica, Clássica, Escola das Relações Humanas, Comportamental, de Sistemas e de Contingência (CHIAVENATO, 2005, GURGEL, 2009).

Segundo Chiavenato (2005) nas décadas de 1950 e 1960, os estudos Bertalanffy lançou as bases de uma Teoria Geral de Sistemas (TGS). O aporte do TGS no campo da administração mudaria profundamente o perfil das organizações em todas as áreas, incluído a saúde. Para ele as fronteiras da organização foram ultrapassadas e o ambiente externo passou a ser considerado o condicionante básico do formato e do comportamento organizacional.

Do ponto de vista organizacional do Setor da Saúde do Brasil, segundo a Lei 8080/90, artigo 4º, o SUS é “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde”.

Os órgãos, equipes, cargos, hierarquias, relacionamentos, recursos etc. constituem a estrutura organizacional do SUS. De acordo com os estudos de Chiavenato (2005) o desenho organizacional constitui a maneira pela qual a organização molda seus componentes para realizar a tarefa organizacional e alcançar objetivos organizacionais. O desenho organizacional é o seu DNA.

Segundo as dimensões do desenho organizacional há dois modelos de organização, mecânico e orgânico. O modelo mecânico é o tradicional no qual há forte formalização, centralização, hierarquia de autoridade, especialização e padronização dos procedimentos, com fortes características burocráticas. Ao inverso, no modelo orgânico há pouca formalização, centralização, hierarquia, especialização, complexidade e estandardização (CHIAVENATO, 2005).

Também, há duas abordagens organizacionais distintas, tradicional e sistêmica. Na abordagem tradicional, o foco do desenho organizacional está no controle hierárquico e no fluxo de trabalho vertical, na divisão do trabalho e na especialização, com tendências para valorização das funções do chefe. A abordagem sistêmica focaliza a visão de processo e,

consequentemente, a adaptação à mudança e o fluxo de trabalho em processos horizontais, enfatizando o usuário dos serviços da organização (CHIAVENATO, 2005).

Para Chiavenato (2005) muitos dos fenômenos ocorrem devido à cultura organizacional. Para ele cada sociedade tem uma cultura própria que influencia o comportamento das pessoas e das organizações. A cultura de uma sociedade são os valores compartilhados, hábitos, uso dos costumes, códigos de conduta, tradições e objetivos os quais são passados de geração a geração. E para se conhecer uma organização, o primeiro passo é conhecer a sua cultura e da sociedade onde ela está inserida (CHIAVENATO, 2005).

Para Cruz e Ferreira (2012) os novos modelos de gestão reclamam organizações criativas, inovadoras e dinâmicas, contudo o tipo de cultura organizacional que se apresenta como predominante nas instituições de saúde dificulta à implantação desses modelos, entre eles, a Unidade de Saúde da Família tem papel preponderante na ruptura da cultura organizacional tradicional dominante nas unidades básicas de saúde.

Um dos aspectos relevantes sobre a organização dos serviços de saúde diz respeito aos recursos organizacionais, dentre eles, estão os recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos os quais são definidos nos planos, projetos e programas instituídos pela organização.

Quanto aos recursos humanos, Malik *et al.* (2002) diz que há dois mecanismos para a entrada de pessoas para o exercício de função nas organizações de saúde através do concurso público, ou indicação no contrato de pessoal. A indicação de pessoal pode ter um caráter técnico ou político. O critério técnico diz respeito à pessoa mais competente e o político está relacionado com a pessoa mais conveniente para realizar aquela função.

A formação dos profissionais de saúde, na maior parte, tem sido desenvolvida sem levar em conta à organização do Setor da Saúde e os sistemas de estruturação da assistência em saúde. Os modelos de formação de recursos humanos são conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologia altamente especializada, focados em procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo Bevilacqua e Sampaio (2002) apesar das preocupações com a formação médica especializada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), o órgão não conseguiu

traçar uma política coerente de formação de médicos no Brasil, capaz de atender às demandas necessárias para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde por parte do Estado.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004) a formação dos profissionais de saúde não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionado o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado em saúde.

Para Campos (2003) o trabalho em saúde tem características próprias por concretiza-se no encontro trabalhador e usuário e envolver três tipos de tecnologias: as tecnologias duras envolvidas na (produção de equipamentos, remédios e etc.), as tecnologias leves-duras que correspondem aos (saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia) e as tecnologias leves que são as (tecnologias relacionais mobilizadas no encontro intersubjetivo entre trabalhador e usuário).

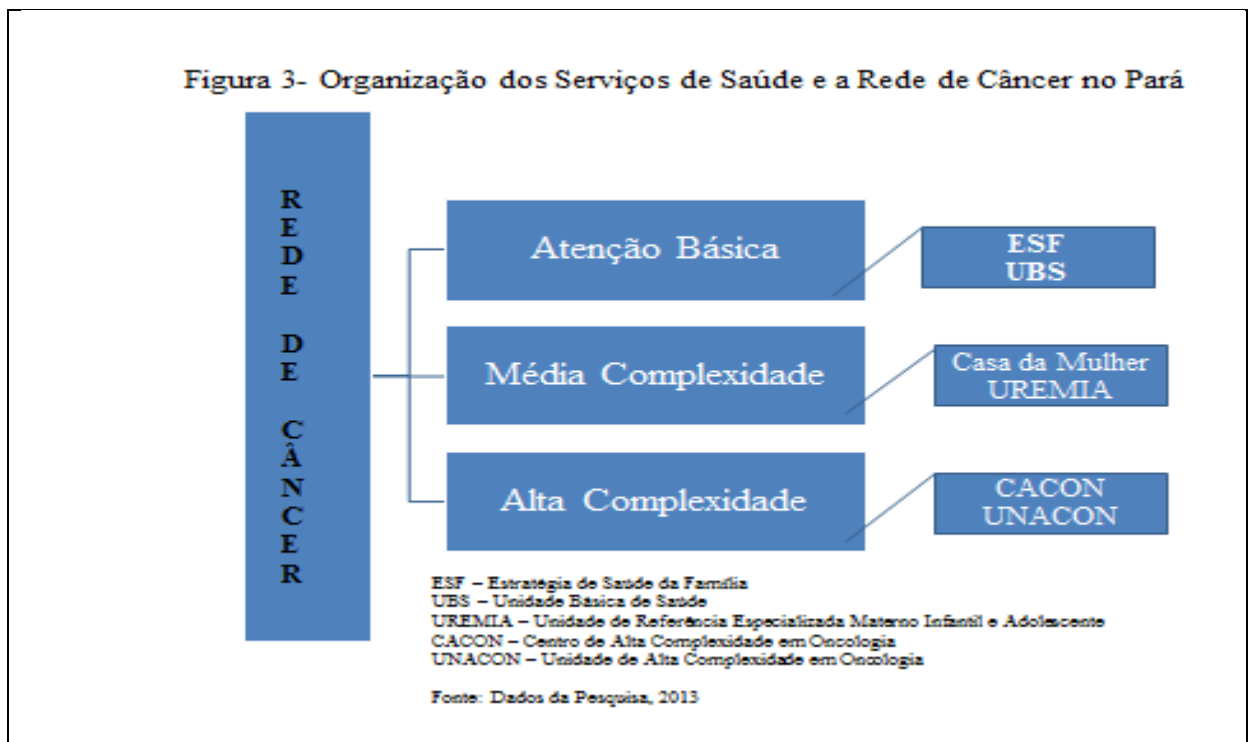
O trabalho em saúde não é completamente controlável, pois como se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização ele está sujeito aos desígnios do trabalhador em questão. Cada trabalhador e cada usuário têm ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. Todos fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correta, ou com seus interesses (CAMPOS, 2003).

De acordo com Campos (2003) o trabalho das equipes e das organizações de saúde deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto de saúde, social e cultural, assim caberia repensar em modelos de atenção com ênfase na educação em saúde.

No Brasil o distanciamento entre o processo de formação dos profissionais de saúde e as necessidades dos serviços tem-se manifestado como um problema crônico e complexo. Apesar da difícil solução, há sinais de mudanças na perspectiva da própria evolução das políticas públicas do Setor Saúde. Os avanços de aproximação das políticas de reorientação do modelo e das práticas de atenção à saúde com vistas à reorganização do sistema têm sido determinantes nesse processo (GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002).

De acordo com Pedrosa (2005) a reorientação dos princípios que regem os serviços de saúde requer mudanças na formação de base dos profissionais da área, a partir da introdução de transformações profundas na aquisição de novos conhecimentos, de novas atitudes, e na forma de organização do trabalho, focalizando-se, de forma central, as necessidades dos cidadãos, a serem encarados como pessoas – indivíduos.

Na figura 3 mostra a organização dos serviços de saúde em níveis de atenção básica, média e alta complexidade na saúde, que compõem a rede de câncer e as estruturas componentes no Estado d Pará.



3. OBJETIVOS:

3.1. Objetivo geral

Identificar e discutir os fatores interferentes nas estratégias de controle do câncer do colo do útero, com ênfase na infecção pelo vírus HPV, sob a perspectiva das clientes do programa.

3.2. Objetivos específicos:

Identificar o perfil sociodemográfico das mulheres atendidas no PCCU, por variáveis: idade, grau de instrução e renda familiar;

Verificar as características de atendimento e o tipo de demanda de maior ocorrência no PCCU;

Verificar o nível de conhecimento sobre câncer do colo do útero e do vírus HPV pelas mulheres do PCCU;

Estabelecer relações entre o nível de conhecimento das mulheres com as práticas educativas do PCCU.

Discutir os aspectos relacionados com perfil de clientela e as estratégias do programa e fatores de risco para o câncer de colo de útero

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Estudo transversal, analítico, precedido de análise documental das políticas públicas que norteiam os serviços de saúde pública responsáveis pela condução das estratégias de controle do câncer do colo do útero em nível de atenção básica na saúde.

4.2. Local de Pesquisa

Foram pesquisadas as seguintes unidades de Saúde Pública em Belém (USP): Unidade Básica de Saúde (UBS) da Pedreira da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará; a Unidade Municipal (UMS) do Guamá, Unidade de Saúde da Família Galo II e a Casa da Família Parque Amazônico I da Secretaria Municipal de Saúde de Belém; Centro Escola Saúde (CES) do Marco da Universidade do Estado do Pará.

Todos esses estabelecimentos de saúde estão situados na Região Metropolitana de Belém do Pará, em diferentes distritos administrativos de Belém. A UBS da Pedreira e a ESF Galo II estão situados no Distrito Administrativo da Sacramenta (DASAC); a Unidade de Municipal Saúde do Guamá e a ESF Parque Amazônico I no Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA) e o Centro Escola Saúde do Marco no Distrito Administrativo do Centro (DABEL).

Um dos critérios utilizados para a escolha da Capital de Belém do Pará, como local de pesquisa, é o fato de Belém ter sido a única representante das metrópoles da região da Amazônia que foi contemplada com o projeto “Viva Mulher” em 1990.

Vale ressaltar, a Unidade de Saúde da Família Galo II e Casa da Família Parque Amazônico I são as estratégias de Saúde da Família, porta de entrada e de reorientação do modelo assistencial do SUS a partir da atenção básica, com caráter em nível primário de atenção.

A UBS Pedreira, a UMS Guamá e o CES Marco são modelos organizacionais tradicionais de atenção à saúde que tem como base assistencial os programas de saúde de caráter vertical, concebidos nas décadas de 70 e 80, como o PAISM e o PCCU.

No que se refere à organização e prática do exame colpocitológico nas unidades estudadas foram verificados os seguintes aspectos:

A identificação e a inscrição de mulheres no PCCU, a coleta de material para realização do exame colpocitológico é de responsabilidade dos técnicos de enfermagem nas unidades Pedreira, Guamá e Marco e dos enfermeiros nas estratégias de Saúde da Família.

Em relação à responsabilidade técnica da equipe de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da Resolução COREN N° 381/2001 normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método Papanicolaou e, resguarda a prática privativa para os enfermeiros.

A média de atendimento por dia foi na UBS da Pedreira, 30 mulheres/dia, CSE do Marco, 20 mulheres/dia e na UMS do Guamá 10 mulheres/dia. Nas estratégias de Saúde da Família, a média de atendimento foi de 1 a 5 mulheres/dia.

Em quase todas as unidades de saúde pesquisadas, o horário de funcionamento é matutino e vespertino, com exceção da UMS do Guamá, somente matutino.

Os procedimentos administrativos do PCCU são realizados em uma sala reservada, com exceção da UMS do Guamá, cuja sala é utilizada concomitantemente para coleta de secreção vaginal a qual é realizada pelo próprio técnico de enfermagem responsável pelo PCCU.

Em todas as unidades pesquisadas é utilizado um kit descartável para coleta de material citológico, que consta de um espécuro modelo collin, em cada kit, há um tipo de espécuro (pequeno, médio ou grande), uma lâmina, uma espátula de Ayre, uma escova cervical de nylon, um par de luvas.

Em todas as unidades de saúde estudadas é utilizado o método misto de colheita endo e ectocervical. Somente a UBS da Pedreira utiliza o álcool etílico a 95% como fixador do material citológico.

Em geral essas unidades de saúde utilizam um livro para registro de mulheres inscritas no PCCU, dividido nas seguintes partes: dados de identificação pessoal (iniciais do nome e sobrenome); número da citologia, data do exame colpocitológico; característica ou

tipo de atendimento (primeira vez, controle anual ou mais de 1 ano); informações sobre (dia da menstruação, menopausa e histerectomia); data do aprazamento anual e; anotações dos aspectos clínicos do colo uterino, observados a olho nu no momento do exame especular. Nas estratégias de Saúde da Família, além do livro foi observado o uso do prontuário clínico como documento de registro e controle do PCCU.

4.3. População e Amostra de Estudo

A amostra foi composta por 858 das mulheres atendidas pelo Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero (PCCU) nas unidades de Saúde Pública da Pedreira, Guamá, Marco, Galo II e Parque Amazônico I.

Para obtenção desta amostra populacional foi considerado à média aritmética simples das mulheres atendidas no PCCU nas unidades, supracitadas, no ano de 2010, segundo o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) de Belém/Pará. Para o cálculo amostral considerou-se 5% como erro amostral e o tempo para pesquisa de campo em cada uma das unidades de Saúde Pública (USP), em média de quatro meses.

Assim sendo, de acordo com o SISCOLO em 2010, um total de 4.264 mulheres foram atendidas nessas unidades de Saúde Pública em Belém, assim distribuídas: 2.074 no CES do Marco, 1.285 na UMS Guamá, 638 na UBS da Pedreira, 81 na ESF Galo II e 186 na ESF Parque Amazônico I.

A amostra total obtida foi 858 mulheres, assim distribuída: no CES Marco 390 (45,5%), UMS Guamá 274 (29,6%), UBS Pedreira 140 (16,3%), ESF Galo II 25 (2,9%) e ESF Parque Amazônico I 49 (5,7%).

Em atenção aos critérios de inclusão e exclusão foram incluídas as mulheres que realizaram o exame colpocitológico nas seguintes condições: mulheres de primeira vez (que realizaram o primeiro exame colpocitológico na vida); mulheres do controle anual (que realizaram o exame anual, segundo as normas do PCCU) e; mulheres que realizaram o (exame com intervalo 2-3 anos e >3 anos). Foram excluídas as mulheres grávidas e as histerectomizadas. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Não houve recusa ou desinteresse delas com a pesquisa.

4.4. Instrumentos de Coleta de Dados e Técnica de Pesquisa

Para coleta dos dados foi utilizado à técnica de entrevista, utilizando-se um formulário contendo perguntas objetivas. O instrumento de coleta de dados foi previamente estabelecido e submetido a um teste preliminar para aferir a sua consistência.

As variáveis foram os seguintes: idade em anos; grau de instrução, renda familiar; características de atendimento do PCCU (nº de mulheres que realizaram o exame colpocitológico pela primeira vez, nº de mulheres que realizaram o exame colpocitológico para controle anual, nº de mulheres que realizaram o exame colpocitológico nos intervalos 2-3anos e nº de mulheres que realizaram o exame colpocitológico no intervalo >3 anos); tipo de demanda (espontânea e encaminhamento por profissional de saúde ou por contrarreferência); conhecimento de mulheres sobre o câncer do colo do útero; crenças na cura e na prevenção deste câncer; conhecimento sobre neoplasia intraepitelial cervical; conhecimento sobre o vírus e vacina HPV; número de mulheres que participaram das práticas educativas desenvolvidas pelas unidades de saúde pública, como palestras e similares.

Vale ressaltar que a denominação da neoplasia intraepitelial cervical (NIC) foi também chamada “ferida no colo” pelo entrevistador junto às entrevistadas para melhor entendimento destas sobre NIC.

4.5. Procedimentos Metodológicos

Foi dividido nas seguintes etapas:

1ª etapa – Foi realizado o levantamento e análise documental das políticas públicas de saúde instituídas pelo Ministério da Saúde, assim incluídas: Política de Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2007), Política Nacional de Atenção Oncológica (2005), Política Nacional de Atenção Básica (2006) e o documento técnico “As Novas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero” do Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer publicado em 2011.

2ª etapa – Foi aplicação do Instrumento Teste desta pesquisa para validação do instrumento de coleta e adequação das variáveis de estudo.

3ª etapa – Foi procedido à coleta dos dados por unidade de saúde pública, segundo cronograma de atividades pré-estabelecido:

a) Unidade Básica de Saúde da Pedreira no período de setembro a dezembro de 2012. Nesta UBS às entrevistas ocorreram nos turnos manhã e tarde

b) Unidade Municipal do Guamá no período de janeiro a abril de 2013. Nesta UMS às entrevistas ocorreram somente pela manhã, haja vista que o exame colpocitológico não é ofertado no turno da tarde.

c) Centro Escola de Saúde do Marco no período de junho a setembro de 2013. Neste Centro às entrevistas foram realizadas nos turnos manhã e tarde.

d) Nas estratégias de Saúde da Família (Galo II e Parque Amazônico I) as entrevistas foram realizadas em dias alternados pela manhã, compreendendo os meses de janeiro a setembro de 2013, haja vista que o exame colpocitológico é ofertado em um único dia da semana.

4.6. Aspectos Éticos

Em atenção à Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará em 08 de agosto de 2012, através do CAAE Nº 01752212.6.0000.5172 (em anexo).

Quanto à avaliação risco-benefício, os benefícios do estudo estão fundamentados na melhoria das estratégias de controle do câncer do colo do útero e do HPV no atual Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero do Sistema Municipal de Saúde de Belém, com altos índices de morbimortalidade por neoplasia.

Os riscos foram mínimos porque não houve intervenção física e as questões de ordem psicológica devido à aplicação do formulário foram resguardadas pelo uso devido do

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e as orientações individuais dadas pela pesquisadora à população alvo do estudo.

4.7. Análise dos Dados

Ao término, da coleta de dados nas unidades de estudo, foi realizado o processo de apuração a partir da elaboração e preenchimento do banco de dados em planilha eletrônica utilizando o *software Microsoft Excel 2010*[®]. No mesmo *software* foi realizada a estatística descritiva a partir do cálculo de frequências absolutas e relativas das variáveis.

A estatística analítica foi realizada com a utilização *software BioEstat 5.0*. Com aplicação do teste estatístico Qui-quadrado. Quando não havia os pré-requisitos de sua aplicação, utilizou-se o teste G. Adotou-se o nível de significância (α) de 5% para referência às tomadas de decisões nas análises dos resultados dos testes estatísticos.

5. RESULTADOS

A tabela 1 mostra o perfil das mulheres do PCCU segundo faixa etária <18 a \geq 50 anos por unidade de saúde pública.

Do total de 858, o grupo de mulheres de <18 anos representou um total 1,2%. A representação na UBS Pedreira, 0,7%, na UMS Guamá, 2,0%, no CES Marco 0,8% e na ESF Parque Amazônico, 2,0%, Não houve frequência de mulheres <18 anos na ESF Galo II **(Tabela 1)**.

Do total e 858 de mulheres, o grupo etário \geq 50 anos representou 28,9%. A representação por unidade de saúde pública foi 24,3%, 30,4%, 27,9%, 28,0% e 42,9%, respectivamente, na UBS Pedreira, UMS Guamá, no CES Marco, na ESF Galo II e ESF Parque Amazônico I **(Tabela 1)**.

A seguir, os demais grupos etários foram assim representados: 34 a 41 anos, 20,0%; 26 a 33 anos, 19,7%; 42 a 49, 18,5%; e 18 a 25anos, 11,7% **(Tabela 1)**.

A faixa etária das mulheres <18 a 25 anos representaram 12,9%. Nesta faixa a representação foi na UBS Pedreira, 16,9%, na UMS Guamá, 16,1%, no CES Marco, 7,2%, na ESF Galo II, 12,0% e na ESF Parque Amazônico I, 10,2% **(Tabela 1)**.

A faixa etária de 25 a \geq 50 anos foi de 87,1% **(Tabela 1)**.

Tabela 1: Perfil das mulheres do Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, segundo faixa etária por Unidade de Saúde Pública. Belém/PA, 2013.

Faixa etária (anos)	Unidades de Saúde Pública										Total	
	UBS Pedreira		UMS Guamá		CES Marco		ESF Galo II		ESF P. Amazônico			
	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)
<18	1	0,7	5	2,0	3	0,8	0	0,0	1	2,0	10	1,2
18 a 25	23	16,4	41	16,1	28	7,2	3	12,0	5	10,2	100	11,7
26 a 33	34	24,3	45	17,7	79	20,3	4	16,0	7	14,3	169	19,7
34 a 41	26	18,6	46	18,1	84	21,5	9	36,0	7	14,3	172	20,0
42 a 49	22	15,7	40	15,7	87	22,3	2	8,0	8	16,3	159	18,5
≥50	34	24,3	77	30,4	109	27,9	7	28,0	21	42,9	248	28,9
Total	140	100,0	254	100,0	390	100,0	25	100,0	49	100,0	858	100,0

Fonte: Formulário aplicado nas entrevistas.

fa: frequência absoluta. fr: frequência relativa em percentual.

A tabela 2 está relacionada com o perfil social das mulheres que frequentam o PCCU por Unidade de Saúde Pública, segundo grau de instrução e a renda familiar. A renda com base no salário mínimo vigente em 2013, no valor de R\$ 678,00 (Seiscentos e setenta e oito reais).

Do total de 858 mulheres declararam possuir o ensino médio (42,4% completo e 11,8% incompleto). O ensino fundamental (4,4% completo e 34,8% incompleto). O ensino superior (2,0% completo e 2,2% incompleto). As mulheres alfabetizadas foram 1,5% e as mulheres não alfabetizadas foram 0,9% (**Tabela 2**).

Na UBS Pedreira e no CES Marco, consideradas unidades de saúde pública tradicionais por serem construídas nas décadas de 60 a 80, situadas em áreas urbanas onde a população tem maior poder aquisitivo, as mulheres declaram possuir o ensino médio (completo e incompleto) assim representado por 43,7% e 17,1% na UBS Pedreira e 48,7% e 9,7% no CES Marco. Na UBS Pedreira, o ensino fundamental (2,1% completo e 26,4% incompleto). No CES Marco, o ensino fundamental (4,6% completo e 31,0% incompleto) (**Tabela 2**).

Na UMS Guamá, também considerada uma unidade de saúde pública tradicional, porém situada em um bairro metropolitano com maior concentração de população com baixa renda familiar, as mulheres declararam possuir o ensino fundamental (2,8% completo e 44,5% incompleto), seguido do ensino médio (35,0% completo e 12,0% incompleto) (**Tabela 2**).

Nas Estratégias de Saúde da Família, consideradas porta de entrada e de reorientação do modelo assistencial do SUS, concebidas a partir dos anos 90, localizadas em áreas urbanas de difícil acesso aos serviços de saúde, as mulheres declaram possuir o ensino médio completo e incompleto, assim representados por 48,0% e 16,%, e 22,4% e 8,2%, respectivamente, Galo II e Parque Amazônico I. O ensino fundamental completo e incompleto foi de 8,0% e 20,0%, 16,3% e 47,0%, respectivamente, estratégias de Saúde da Família Galo II e Parque Amazônico I (**Tabela 2**).

O ensino superior completo, respectivamente, representou 4,3%, 2,6% e 4,0% na UBS Pedreira, no CES Marco e na ESF Galo II. O ensino superior incompleto representou 4,3%, 1,6%, 2,1% e 4,0% na UBS Pedreira, na UMS Guamá, no CES Marco e na ESF Galo II, respectivamente. Não houve frequência de mulheres com nível superior na ESF Parque Amazônico I (**Tabela 2**).

A renda familiar das mulheres foi variável, 51,1% declaram ter renda de um salário mínimo, 30,0% e 18,9% mais e menos um salário mínimo. Em relação às mulheres que declaram um salário mínimo e frequentam as unidades tradicionais de Saúde Pública Pedreira, Guamá e Marco, esta renda alcançou percentuais de 47,9%, 51,6%, 50,8%, respectivamente (**Tabela 2**).

As mulheres que frequentam as estratégias de Saúde da Família os percentuais para um salário mínimo foi de 48,0 e 63,3% para ESF Galo II e Parque Amazônico I, respectivamente (**Tabela 2**).

Na Unidade Básica de Saúde da Pedreira, do total de 140 mulheres, 47,9% delas informou que esta renda é de um salário mínimo, vindo a seguir 30,0% e 22,1% para as mulheres que tinham mais e menos de um salário mínimo (**Tabela 2**).

Na Unidade Municipal de Saúde do Guamá, do total de 254 mulheres, a renda familiar foi de 51,6% correspondente ao salário mínimo, seguido de 24,8% e 23,6% para menos e mais de um salário (**Tabela 2**).

No Cento de Saúde Escolado do Marco, do total de 390 mulheres, a renda familiar foi de 50,8% para o salário mínimo, a seguir 35,4% correspondeu a mais de um salário e com 13,8% com menos de um salário mínimo (**Tabela 2**).

Na ESF Galo II, do total de 25 mulheres, a renda familiar declarada foi de 48,0% para o salário mínimo, vindo de 16,0% e 36,0% para menos e mais que um salário (**Tabela 2**).

Na ESF Parque Amazônico I, do total de 49 mulheres, as que declaram renda familiar de um salário mínimo, menos e mais de um salário representaram 63,3%, 20,4% e 16,3%, respectivamente (**Tabela 2**).

Tabela 2: Perfil socioeconômico das mulheres do programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, segundo grau de instrução e renda familiar por Unidade de Saúde Pública. Belém/PA, 2013.

Variáveis	Unidades de Saúde Pública										Total	
	UBS Pedreira		UMS Guamá		CES Marco		ESF Galo II		ESF P. Amazônico			
	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)
Instrução												
Alfabetizada	2	1,4	8	3,1	3	0,8	0	0,0	0	0,0	13	1,5
Não alfabetizada	1	0,7	2	0,8	2	0,5	0	0,0	3	6,1	8	0,9
Fundamental Completo	3	2,1	7	2,8	18	4,6	2	8,0	8	16,3	38	4,4
Fundamental Incompleto	37	26,4	113	44,5	121	31,0	5	20,0	23	47,0	299	34,8
Médio Completo	61	43,7	89	35,0	190	48,7	12	48,0	11	22,4	363	42,4
Médio Incompleto	24	17,1	31	12,2	38	9,7	4	16,0	4	8,2	0	11,8
Superior Completo	6	4,3	0	0,0	10	2,6	1	4,0	0	0,0	101	2,0
Superior Incompleto	6	4,3	4	1,6	8	2,1	1	4,0	0	0,0	17	2,2
Renda familiar												
< 1 SM	31	22,1	63	24,8	54	13,8	4	16,0	10	20,4	162	18,9
1 SM	67	47,9	131	51,6	198	50,8	12	48,0	31	63,3	439	51,1
> 1 SM	42	30,0	60	23,6	138	35,4	9	36,0	8	16,3	257	30,0
Total	140	100,0	254	100,0	390	100,0	25	100,0	49	100,0	858	100,0

Fonte: Formulário aplicado nas entrevistas.

fa: frequência absoluta. fr: frequência relativa em percentual.

As características do atendimento do PCCU foram representadas por grupo de mulheres (primeira vez, controle anual, as que mulheres que realizaram o exame colpocitológico nos intervalos 2-3 anos e no intervalo > 3 anos (**Tabela 3**).

A primeira vez diz respeito às mulheres realizaram o primeiro exame colpocitológico através do Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero do Serviço de Saúde Pública de Belém, levando-se em conta que elas nunca realizaram o respectivo exame.

O controle anual refere-se às mulheres que estão em dias com a agenda do PCCU e de acordo com as normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde que recomendam a periodicidade anual entre os exames colpocitológicos.

As demais características estão relacionadas com o intervalo entre os exames preventivos, neste estudo definido 2-3 anos e >3 anos.

Do total de 858 mulheres, 6,9% realizou o exame colpocitológico pela primeira vez e 56,9% para controle anual, 26,3% realizou os exames colpocitológicos nos intervalos de 2-3 anos e 9,9% no intervalo >3anos (**Tabela 3**).

Na UBS da Pedreira, do total de 140 mulheres, a representatividade foi de 11,4% para o primeiro exame colpocitológico 55,0% para controle anual, 25,7% realizou os exames colpocitológicos nos intervalos de 2-3 anos e 7,9% >3 anos (**Tabela 3**).

Na UMS Guamá, do total de 254 mulheres, 10,2% realizou o primeiro exame colpocitológico, 55,6%, para controle anual, com períodos de intervalo entre os exames colpocitológicos de 2-3 anos e >3 anos foram 23,2% e 11,0%, respectivamente (**Tabela 3**).

No CES Marco, do total de 390 mulheres, 3,6% realizou o primeiro exame colpocitológico, 58,4% para controle anual e nos intervalos entre os exames colpocitológicos de 2-3 anos e >3anos foram 28,5% e 9,5%, respectivamente (**Tabela 3**).

Na ESF Galo II, do total de 25 mulheres, 8,0% representou as mulheres de primeiro exame colpocitológico, 72,% o controle anual, 8,0% realizou os exames colpocitológicos no período intervalar de 2-3 anos e 12,0% realizou os exames no período >3 anos (**Tabela 3**).

Na ESF Parque Amazônico I, do total de 49 mulheres que foram submetidas ao exame colpocitológico, 2,0%, 49,1%, 36,7% e 12,2%, respectivamente, representaram o primeiro exame, controle anual, os intervalo 2-3 anos e >3 anos (**Tabela 3**).

As mulheres de primeira vez que obtiveram a menor, 2,0%, representatividade foi na ESF Parque Amazônico I e maior, 11,4%, na UBS Pedreira (**Tabela 3**).

As mulheres do controle anual que obtiveram a menor, 49,1%, representatividade foi n ESF Parque Amazônico I e a maior, 72,0%, na ESF Galo II (**Tabela 3**).

Entre as mulheres que realizaram seus exames colpocitológicos nos intervalos 2-3anos, a representação, menor, 8,0%, na ESF Galo II, e maior, 36,7%, na ESF Parque Amazônico I, respectivamente.

A menor e maior representatividade de mulheres que realizaram seus exames colpocitológicos com intervalo >3anos foi observada na UBS Pedreira com 7,9% e 12,2% na ESF Parque Amazônico I, respectivamente.

Tabela 3: Características do atendimento do PCCU por Unidade de Saúde Pública. Belém/PA, 2013.

Variáveis	Unidades de Saúde Pública											
	UBS Pedreira		UMS Guamá		CES Marco		ESF Galo II		ESF P. Amazônico		Total	
	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)	fa	fr(%)
Primeira Vez	16	11.4	26	10.2	14	3.6	2	8.0	1	2.0	59	6.9
Controle	77	55.0	141	55.6	228	58.4	18	72.0	24	49.1	488	56.9
+1 até 2 anos	36	25.7	59	23.2	111	28.5	2	8.0	18	36.7	226	26.3
+ 3 anos	11	7.9	28	11.0	37	9.5	3	12.0	6	12.2	85	9.9
Total	140	100,0	254	100,0	390	100,0	25	100,0	49	100,0	858	100,0

Fonte: Formulário aplicado nas entrevistas.

fa: frequência absoluta. fr: frequência relativa em percentual.

Foi observado o tipo de demanda de maior ocorrência no PCCU das unidades pesquisadas, considerando-se as mulheres que vieram ao PCCU por demanda espontânea ou por encaminhamento médico, incluída a contrarreferência, e por busca ativa.

A demanda espontânea representa o grupo de mulheres que vieram ao PCCU em busca do exame colpocitológico por iniciativa ou vontade própria, sem interferência de terceiros.

A demanda por encaminhamento médico diz respeito às mulheres identificadas, orientadas e encaminhadas pelo médico ao PCCU para realização do exame colpocitológico.

A contrarreferência representa a mulher que foi encaminhada por médico, de outro estabelecimento de saúde do SUS, para realizar o respectivo exame na unidade de saúde pública pesquisada.

A busca ativa é a procura das mulheres pela equipe de saúde em duas condições, as mulheres que nunca realizaram o exame colpocitológico, ou então, as mulheres que estão fora

da periodicidade recomendada pelo PCCU, ou seja, no intervalo acima de três anos entre os exames colpocitológicos.

Do total de 858 mulheres, 74,6% representaram as mulheres que vieram ao exame colpocitológico por demanda espontânea e 25,4% por encaminhamento médico (**Tabela 4**).

A representação das mulheres por demanda espontânea foi assim observado, mulheres de primeira vez foi de 64,4%, do controle anual, 77,0%, mulheres que realizaram os exames colpocitológicos nos intervalos 2-3 anos foi de 73,9% e no intervalo >3 anos foi de 69,4% (**Tabela 4**).

A representatividade por encaminhamento médico foi 35,6% mulheres de primeira vez, do controle anual foi de 23,0%, as mulheres que realizaram os exames colpocitológicos nos intervalos 2-3 anos foi de 26,1% e no intervalo >3 anos foi de 30,6% (**Tabela 4**).

Não houve frequência observada no que se refere à busca ativa de mulheres para o programa de prevenção do câncer do colo do útero em nenhuma das unidades deste estudo.

Tabela 4: Tipo de demanda por características do atendimento do PCCU por Unidade de Saúde Pública. Belém/PA, 2013.

Unidade de Saúde Pública/ Tipo de demanda	Característica do atendimento do PCCU								Total		p*	
	1ª vez		Controle		2-3 anos		> 3 anos					
	fa	fr	fa	Fr	fa	fr	fa	fr	fa	fr		
UBS Pedreira	Espontânea	10	62.5	64	83.1	26	72.2	10	90.9	110	78.6	0.179
	Médico	6	37.5	13	16.9	10	27.8	1	9.1	30	21.4	
UMS Guamá	Espontânea	20	76.9	119	84.4	45	76.3	22	78.6	206	81.1	0.527
	Médico	6	23.1	22	15.6	14	23.7	6	21.4	48	18.9	
CES Marco	Espontânea	6	42.9	164	71.9	84	75.7	20	54.1	274	70.3	0.015
	Médico	8	57.1	64	28.1	27	24.3	17	45.9	116	29.7	
ESF Galo II	Espontânea	1	50.0	13	72.2	0	0.0	3	100.0	17	68.0	0.124
	Médico	1	50.0	5	27.8	2	100.0	0	0.0	8	32.0	
ESF Parque Amazônico I	Espontânea	1	100.0	16	66.7	12	66.7	4	66.7	33	67.3	0.887
	Médico	0	0.0	8	33.3	6	33.3	2	33.3	16	32.7	
Total	Espontânea	38	64.4	376	77.0	167	73.9	59	69.4	640	74.6	0.110
	Médico	21	35.6	112	23.0	59	26.1	26	30.6	218	25.4	

Fonte: formulário aplicado nas entrevistas.

fa: frequência absoluta. fr: frequência relativa em percentual. *Probabilidade do teste G.

As tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10 estão relacionadas com o conhecimento das mulheres acerca do câncer do colo do útero, crenças na cura e prevenção deste câncer, neoplasia intraepitelial cervical (NIC), sobre o vírus e vacina HPV e as práticas educativas com mulheres do PCCU.

Do total de 140 mulheres da UBS Pedreira que realizaram o exame colpocitológico, 97,9% conhece o câncer do colo do útero. O grupo de mulheres com intervalo entre os exames colpocitológicos de 2-3 anos representou o grupo que tem menos conhecimento sobre este câncer, em torno de 5,6% delas não conhece este câncer (**Tabela 5**).

As crenças na cura e prevenção do câncer do colo do útero foram de 80,7% e 88,6%, respectivamente (**Tabela 5**).

O grupo de mulheres de primeira vez que não crê na cura representou 31,3%, a seguir veio às mulheres do grupo com intervalo 2-3anos, com 25,0% (**Tabela 5**).

Ouviram falar na NIC 25,7%. O desconhecimento, 100,0%, foi representado por grupos de mulheres de primeira vez e com intervalo entre os exames colpocitológicos >3 anos (**Tabela 5**).

Ouviram falar no vírus HPV e vacina, 78,6% e 42,1%, respectivamente (**Tabela 5**).

O desconhecimento sobre a vacina HPV foi de 62,5% pelo grupo de mulheres de primeira vez (**Tabela 5**).

As práticas educativas foram de 47,9%. No grupo de mulheres do controle anual essa prática foi de 59,7% (**Tabela 5**).

Tabela 5: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas, segundo as características do atendimento do PCCU, na UBS Pedreira. Belém/PA, 2013.

Conhecimento sobre câncer e HPV e práticas educativas		Característica do atendimento do PCCU								Total		p*
		1ª vez		Controle		2-3 anos		> 3 anos		fa	fr	
		fa	fr	fa	Fr	fa	fr	fa	fr			
Conhecimento do câncer	Sim	16	100.0	76	98.7	34	94.4	11	100.0	137	97.9	0.586
	Não	0	0.0	1	1.3	2	5.6	0	0.0	3	2.1	
Crença na cura do câncer	Sim	11	68.8	66	85.7	27	75.0	9	81.8	113	80.7	0.367
	Não	5	31.3	11	14.3	9	25.0	2	18.2	27	19.3	
Crença da prevenção do Câncer	Sim	13	81.3	69	89.6	33	91.7	9	81.8	124	88.6	0.687
	Não	3	18.8	8	10.4	3	8.3	2	18.2	16	11.4	
Ouvir falar em NIC	Sim	0	0.0	25	32.5	11	30.6	0	0.0	36	25.7	0.001
	Não	16	100.0	52	67.5	25	69.4	11	100.0	104	74.3	
Ouvir falar em HPV	Sim	10	62.5	62	80.5	30	83.3	8	72.7	110	78.6	0.409
	Não	6	37.5	15	19.5	6	16.7	3	27.3	30	21.4	
Ouvir falar em Vacina para HPV	Sim	6	37.5	34	44.2	14	38.9	5	45.5	59	42.1	0.927
	Não	10	62.5	43	55.8	22	61.1	6	54.5	81	57.9	
Práticas educativas	Sim	5	31.3	46	59.7	15	41.7	1	9.1	67	47.9	0.003
	Não	11	68.8	31	40.3	21	58.3	10	90.9	73	52.1	

Fonte: formulário aplicado nas entrevistas.

fa: frequência absoluta. fr: frequência relativa em percentual. *Probabilidade do teste G.

Do total de 254 mulheres da UMS Guamá que realizaram o exame preventivo, 96,9% conhece o câncer do colo do útero, 11,5%, desconhece no grupo de primeira vez (**Tabela 6**).

As crenças na cura e prevenção do câncer do colo do útero foram de 79,5% e 89,8%, respectivamente (**Tabela 6**).

Ouviram falar sobre NIC 18,1%. O desconhecimento foi de 92,3% no grupo de mulheres de primeira vez e 89,3 mulheres com intervalo entre os exames colpocitológicos >3 anos (**Tabela 6**).

Ouviram falar no vírus HPV e vacina, 52,4% e 19,3%, respectivamente.

O desconhecimento do grupo de mulheres de primeira vez sobre o vírus e vacina HPV foi de 38,5% e 80,8%, respectivamente. E no grupo de mulheres que realizaram os exames colpocitológicos com intervalo >3 anos, o desconhecimento sobre o vírus foi de 57,1% (**Tabela 6**).

As práticas educativas foram de 49,2%). No grupo de mulheres do controle anual essa prática foi de 53,2% (**Tabela 6**).

Tabela 6: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas, segundo as características do atendimento do PCCU, na UBS Guamá. Belém/PA, 2013.

Conhecimento sobre câncer e HPV e práticas educativas		Característica do atendimento do PCCU								Total		p*
		1ª vez		Controle		2-3 anos		> 3 anos		fa	fr	
		fa	fr	fa	Fr	fa	fr	fa	fr			
Conhecimento do câncer	Sim	23	88.5	140	99.3	56	94.9	27	96.4	246	96.9	0.070
	Não	3	11.5	1	0.7	3	5.1	1	3.6	8	3.1	
Crença na cura do câncer	Sim	18	69.2	116	82.3	47	79.7	21	75.0	202	79.5	0.481
	Não	8	30.8	25	17.7	12	20.3	7	25.0	52	20.5	
Crença da prevenção do Câncer	Sim	22	84.6	130	92.2	52	88.1	24	85.7	228	89.8	0.543
	Não	4	15.4	11	7.8	7	11.9	4	14.3	26	10.2	
Ouvir falar em NIC	Sim	2	7.7	31	22.0	10	16.9	3	10.7	46	18.1	0.190
	Não	24	92.3	110	78.0	49	83.1	25	89.3	208	81.9	
Ouvir falar em HPV	Sim	16	61.5	77	54.6	28	47.5	12	42.9	133	52.4	0.438
	Não	10	38.5	64	45.4	31	52.5	16	57.1	121	47.6	
Ouvir falar em Vacina para HPV	Sim	5	19.2	31	22.0	10	16.9	3	10.7	49	19.3	0.511
	Não	21	80.8	110	78.0	49	83.1	25	89.3	205	80.7	
Práticas educativas	Sim	8	30.8	75	53.2	29	49.2	13	46.4	125	49.2	0.208
	Não	18	69.2	66	46.8	30	50.8	15	53.6	129	50.8	

Fonte: formulário aplicado nas entrevistas.

fa: frequência absoluta. fr: frequência relativa em percentual. *Probabilidade do teste G.

Na tabela 7, do total de 390 mulheres do CES do Marco que realizaram o exame citopatológico, 99,5% tem conhecimento sobre o câncer do colo do útero. O desconhecimento sobre este câncer foi de 7,1% para as mulheres do primeiro exame colpocitológico (**Tabela 7**).

As crenças na cura e prevenção foram de 85,9% e 94,9%, respectivamente. A descrença na cura foi de 28,6% para mulheres de primeira vez e 27,0% para mulheres que realizaram os exames colpocitológicos nos intervalos >3 anos (**Tabela 7**).

Ouviram falar na NIC, 58,5% mulheres. O desconhecimento foi de 64,3% pelo grupo de mulheres de primeira vez e 64,9% para o grupo de mulheres com intervalo entres os exames colpocitológicos > 3 anos (**Tabela 7**).

Ouviram falar no vírus HPV e vacina, 82,8% e 54,6%, respectivamente. O desconhecimento sobre a vacina foi de 57,1% para as mulheres de primeira vez (**Tabela 7**).

As práticas educativas foram de 72,3%. No grupo de mulheres do controle anual essa prática foi de 78,5% (**Tabela 7**).

Tabela 7: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas, segundo as características do atendimento do PCCU, no CES Marco. Belém/PA, 2013.

Conhecimento sobre câncer e HPV e práticas educativas		Característica do atendimento do PCCU								Total		p*
		1ª vez		Controle		2-3 anos		> 3 anos		fa	fr	
		fa	fr	fa	Fr	fa	fr	fa	fr	fa	fr	
Conhecimento do câncer	Sim	13	92.9	228	100.0	110	99.1	37	100.0	388	99.5	0.398
	Não	1	7.1	0	0.0	1	0.9	0	0.0	2	0.5	
Crença na cura do câncer	Sim	10	71.4	204	89.5	94	84.7	27	73.0	335	85.9	0.036
	Não	4	28.6	24	10.5	17	15.3	10	27.0	55	14.1	
Crença da prevenção do Câncer	Sim	12	85.7	218	95.6	104	93.7	36	97.3	370	94.9	0.480
	Não	2	14.3	10	4.4	7	6.3	1	2.7	20	5.1	
Ouviu falar em NIC	Sim	5	35.7	146	64.0	64	57.7	13	35.1	228	58.5	0.003
	Não	9	64.3	82	36.0	47	42.3	24	64.9	162	41.5	
Ouviu falar em HPV	Sim	10	71.4	191	83.8	93	83.8	29	78.4	323	82.8	0.626
	Não	4	28.6	37	16.2	18	16.2	8	21.6	67	17.2	
Ouviu falar em Vacina para HPV	Sim	6	42.9	133	58.3	57	51.4	17	45.9	213	54.6	0.311
	Não	8	57.1	95	41.7	54	48.6	20	54.1	177	45.4	
Práticas educativas	Sim	5	35.7	179	78.5	77	69.4	21	56.8	282	72.3	0.001
	Não	9	64.3	49	21.5	34	30.6	16	43.2	108	27.7	

Fonte: formulário aplicado nas entrevistas.

fa: frequência absoluta. fr: frequência relativa em percentual. *Probabilidade do teste G.

Do total de 25 mulheres da Estratégia de Saúde da Família Galo II que realizaram o exame preventivo, 96,0% conhece o câncer do colo do útero. As crenças na cura e prevenção foram

de 80,0% e 88,0%, respectivamente. O desconhecimento, a descrença na cura e prevenção do câncer, foi 50,0% no grupo de mulheres de primeira vez (**Tabela 8**).

Ouviram falar sobre NIC 40,0%. O desconhecimento sobre NIC foi de 100,0% das mulheres de primeira vez e com intervalos entre os exames preventivos 2-3 anos (**Tabela 8**).

Ouviram falar no vírus HPV, 72,0% e na vacina HPV, 36,0%. O desconhecimento sobre o vírus e vacina foi de 100,0% para o grupo de mulheres com intervalo entre os exames preventivos 2-3 anos. O desconhecimento sobre a vacina foi de 50,0% pelas mulheres que realizaram o exame pela primeira vez (**Tabela 8**).

As práticas educativas foram de 24,0%. No grupo de mulheres do controle anual essa prática foi de 33,3%. Nos demais grupos essa prática não foi observada (**Tabela 8**).

Tabela 8: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas, segundo as características do atendimento do PCCU, na ESF Galo II. Belém/PA, 2013.

Conhecim ento sobre câncer e HPV e práticas educativas		Característica do atendimento do PCCU								Total		p*
		1ª vez		Controle		2-3 anos		> 3 anos		fa	fr	
		fa	fr	fa	Fr	fa	fr	fa	fr	fa	fr	
Conhecimento do câncer	Sim	1	50.0	18	100.0	2	100.0	3	100.0	24	96.0	0.582
	Não	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.0	
Crença na cura do câncer	Sim	1	50.0	15	83.3	2	100.0	2	66.7	20	80.0	0.663
	Não	1	50.0	3	16.7	0	0.0	1	33.3	5	20.0	
Crença da prevenção do Câncer	Sim	1	50.0	16	88.9	2	100.0	3	100.0	22	88.0	0.605
	Não	1	50.0	2	11.1	0	0.0	0	0.0	3	12.0	
Ouvir falar em NIC	Sim	0	0.0	8	44.4	0	0.0	2	66.7	10	40.0	0.249
	Não	2	100.0	10	55.6	2	100.0	1	33.3	15	60.0	
Ouvir falar em HPV	Sim	2	100.0	14	77.8	0	0.0	2	66.7	18	72.0	0.157
	Não	0	0.0	4	22.2	2	100.0	1	33.3	7	28.0	
Ouvir falar em Vacina para HPV	Sim	1	50.0	7	38.9	0	0.0	1	33.3	9	36.0	0.655
	Não	1	50.0	11	61.1	2	100.0	2	66.7	16	64.0	
Práticas educativas	Sim	0	0.0	6	33.3	0	0.0	0	0.0	6	24.0	0.324
	Não	2	100.0	12	66.7	2	100.0	3	100.0	19	76.0	

Fonte: formulário aplicado nas entrevistas.

fa: frequência absoluta. fr: frequência relativa em percentual. *Probabilidade do teste G.

Do total de 49 mulheres da Estratégia de Saúde da Família Parque Amazônico I que realizaram o exame colpocitológico, 98,0 % conhece o câncer colo do útero (**Tabela 9**).

As crenças na cura e prevenção deste câncer foram de 83,7% e 89,8%. A descrença na cura foi de 100,0% pelas mulheres de primeira vez (**Tabela 9**).

Ouviram falar na NIC 46,9%. O desconhecimento sobre a NIC foi de 100,0% pelas mulheres de primeira vez, 61,1% e 50,0% para as mulheres que realizam os exames colpocitológicos com intervalos 2-3 anos e >3 anos, respectivamente (**Tabela 9**).

Ouviram falar no vírus HPV e vacina, 79,6% e 36,7%, respectivamente. O desconhecimento sobre o vírus e a vacina foi de 100,0% pelas mulheres de primeira vez (**Tabela 9**).

As práticas educativas foram de 53,1%%. No grupo de mulheres do controle anual essa foi de 62,5% (**Tabela 9**).

Tabela 9: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas, segundo as características do atendimento do PCCU, na ESF Parque Amazônico I. Belém/PA, 2013.

Conhecimento sobre câncer e HPV e práticas educativas		Característica do atendimento do PCCU										p*
		1ª vez		Controle		2-3 anos		> 3 anos		Total		
		fa	fr	fa	Fr	fa	fr	fa	fr	fa	fr	
Conhecimento do câncer	Sim	1	100.0	24	100.0	17	94.4	6	100.0	48	98.0	0.927
	Não	0	0.0	0	0.0	1	5.6	0	0.0	1	2.0	
Crença na cura do câncer	Sim	0	0.0	23	95.8	14	77.8	4	66.7	41	83.7	0.113
	Não	1	100.0	1	4.2	4	22.2	2	33.3	8	16.3	
Crença da prevenção do Câncer	Sim	1	100.0	24	100.0	14	77.8	5	83.3	44	89.8	0.200
	Não	0	0.0	0	0.0	4	22.2	1	16.7	5	10.2	
Ouviu falar em NIC	Sim	0	0.0	13	54.2	7	38.9	3	50.0	23	46.9	0.599
	Não	1	100.0	11	45.8	11	61.1	3	50.0	26	53.1	
Ouviu falar em HPV	Sim	0	0.0	19	79.2	16	88.9	4	66.7	39	79.6	0.313
	Não	1	100.0	5	20.8	2	11.1	2	33.3	10	20.4	
Ouviu falar em Vacina para HPV	Sim	0	0.0	8	33.3	8	44.4	2	33.3	18	36.7	0.745
	Não	1	100.0	16	66.7	10	55.6	4	66.7	31	63.3	
Práticas educativas	Sim	0	0.0	15	62.5	9	50.0	2	33.3	26	53.1	0.423
	Não	1	100.0	9	37.5	9	50.0	4	66.7	23	46.9	

Fonte: formulário aplicado nas entrevistas.

fa: frequência absoluta. fr: frequência relativa em percentual. *Probabilidade do teste G.

O enfoque da tabela 10 é a relação do conhecimento de mulheres acerca do câncer do colo do útero, as crenças a cura e na prevenção deste câncer, o conhecimento sobre o vírus HPV, o conhecimento sobre a vacina contra o vírus HPV e as práticas educativas realizadas nas unidades de saúde pública deste estudo.

Do total de 858 mulheres, 98,3% tem conhecimento sobre o câncer do colo do útero. O desconhecimento sobre câncer foi de 2,1%, 3,1%, 0,5%, 4,0% e 2,0% pelas mulheres na UBS Pedreira, UMS Guamá, CES Marco, ESF Galo II e ESF Parque Amazônico I, respectivamente (**Tabela 10**).

A crença na cura do câncer foi de 82,9%. A descrença na cura foi de 19,3%, 20,5%, 14,1%, 20,0% e 16,3% pelas mulheres na UBS Pedreira, UMS Guamá, CES Marco, ESF Galo II e ESF Parque Amazônico I, respectivamente (**Tabela 10**).

A crença na prevenção foi de 91,8%. A descrença na prevenção foi de 11,4%, 10,2%, 5,1%, 12,0% e 10,2% pelas mulheres na UBS Pedreira, UMS Guamá, CES Marco, ESF Galo II e ESF Parque Amazônico I, respectivamente (**Tabela 10**).

Ouviram falar sobre NIC 40,0%. O desconhecimento sobre NIC foi de 74,3%, 81,9%, 41,5%, 60,0% e 53,1% pelas mulheres na UBS Pedreira, UMS Guamá, CES Marco, ESF Galo II e ESF Parque Amazônico I, respectivamente (**Tabela 10**).

Ouviram falar no vírus HPV, 72,6%. O desconhecimento sobre o HPV foi de 21,4%, 47,6%, 17,2%, 28,0% e 20,4% pelas mulheres na UBS Pedreira, UMS Guamá, CES Marco, ESF Galo II e ESF Parque Amazônico I, respectivamente (**Tabela 10**).

Ouviram falar na vacina contra o HPV 40,6%. O desconhecimento sobre essa vacina foi de 57,9%, 80,7%, 45,4%, 64,0% e 63,3% pelas mulheres na UBS Pedreira, UMS Guamá, CES Marco, ESF Galo II e ESF Parque Amazônico I, respectivamente (**Tabela 10**).

As práticas educativas foram de 59,0%, consideradas todas as unidades de saúde pública estudadas. Os percentuais sobre essas práticas foram de 47,9%, 49,2%, 72,3%, 24,0 e 53,1% na UBS Pedreira, UMS Guamá, CES Marco, ESF Galo II e ESF Parque Amazônico I, respectivamente (**Tabela 10**).

Tabela 10: Conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e HPV e as práticas educativas segundo Unidade de Saúde Pública. Belém/PA, 2013.

Conhecimento sobre câncer e HPV e práticas educativas		Unidade de Saúde Pública												p
		UBS Pedreira		UMS Guamá		CES Marco		ESF Galo II		ESF P. Amaz. I		Total		
		fa	fr	fa	fr	fa	fr	fa	fr	fa	fr	fa	fr	
Conhecimento do câncer	Sim	137	97.9	246	96.9	388	99.5	24	96.0	48	98.0	843	98.3	0.155*
	Não	3	2.1	8	3.1	2	0.5	1	4.0	1	2.0	15	1.7	
Crê na cura do câncer	Sim	113	80.7	202	79.5	335	85.9	20	80.0	41	83.7	711	82.9	0.281*
	Não	27	19.3	52	20.5	55	14.1	5	20.0	8	16.3	147	17.1	
Crê na prevenção do Câncer	Sim	124	88.6	228	89.8	370	94.9	22	88.0	44	89.8	788	91.8	0.062*
	Não	16	11.4	26	10.2	20	5.1	3	12.0	5	10.2	70	8.2	
Ouvir falar em NIC	Sim	36	25.7	46	18.1	228	58.5	10	40.0	23	46.9	343	40.0	0.000 [#]
	Não	104	74.3	208	81.9	162	41.5	15	60.0	26	53.1	515	60.0	
Ouvir falar em HPV	Sim	110	78.6	133	52.4	323	82.8	18	72.0	39	79.6	623	72.6	0.000 [#]
	Não	30	21.4	121	47.6	67	17.2	7	28.0	10	20.4	235	27.4	
Ouvir falar em Vacina para HPV	Sim	59	42.1	49	19.3	213	54.6	9	36.0	18	36.7	348	40.6	0.000 [#]
	Não	81	57.9	205	80.7	177	45.4	16	64.0	31	63.3	510	59.4	
Práticas educativas	Sim	67	47.9	125	49.2	282	72.3	6	24.0	26	53.1	506	59.0	0.000 [#]
	Não	73	52.1	129	50.8	108	27.7	19	76.0	23	46.9	352	41.0	

Fonte: formulário aplicado nas entrevistas.

fa: frequência absoluta. fr: frequência relativa em percentual. *Probabilidade do teste G. [#]Probabilidade do teste Qui-quadrado. P.Amaz.: Parque Amazônico.

6. DISCUSSÃO

Os avanços científicos e tecnológicos ocorridos no campo da Biologia Celular e Molecular, da Genética possibilitaram o aprofundamento do conhecimento acerca do câncer do colo do útero e dos fatores de risco determinantes de câncer, como o papilomavírus humano (HPV).

Diversos estudos mostram que o vírus HPV desempenha um papel de relevo no surgimento do câncer do colo do útero, cuja associação entre o vírus HPV com as neoplasias intraepiteliais cervicais e o câncer é bem estabelecida (PINTO; TULIO, CRUZ; 2002; PIATO, 2008; PARELLADA; PEREYRA, 2009; ROSS; PAWLINA, 2012).

No Brasil, as políticas públicas de saúde da mulher enfatizam a estratégia do exame colpocitológico e da sua importância para detecção precoce das neoplasias intraepiteliais cervicais e das lesões sugestivas do vírus HPV (BRASIL, 2002, 2011; PEREIRA, 2008).

Ao mesmo tempo, a educação em saúde tem sido apontada como estratégia para disseminação da informação aos usuários do Sistema Único de Saúde sobre as questões e problemas de saúde pública, como o câncer do colo do útero e a infecção genital pelo HPV (BRASIL, 2011, 2013; PEREIRA, 2008).

Também surgiram novas paradigmas de programa de rastreamento que resultaram na implantação do Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero (PCCU) no Brasil, com o objetivo de reduzir a mortalidade por neoplasia através das estratégias, supracitadas (BRASIL, 1980, 1998, 2002, 2011).

De acordo com as normas técnicas preconizadas pelo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero todas as unidades de Saúde Pública, em nível de atenção básica, devem realizar a identificação da população alvo e a coleta de material para realização do exame preventivo em todas as mulheres com vida sexual ativa, atual ou pregressa, com prioridade na faixa etária de 25 a 64 anos e, com periodicidade trienal, após dois resultados anuais consecutivos normais ou com alterações não neoplásicas (BRASI, 2011).

Neste estudo foram investigados os fatores que interferem negativamente nas estratégias de controle do câncer do colo do útero sob perspectiva das clientes do PCCU nos serviços de saúde pública, dificultando a efetividade dessas estratégias e o êxito desse

programa em uma das metrópoles da Amazônia, região apontada como a mais incidente de câncer de colo uterino no Brasil.

A amostra foi constituída de 858 mulheres que frequentaram as unidades de Saúde Pública no Município de Belém/PA para realização do exame colpocitológico, nos anos de 2012 e 2013.

No que se refere às características da população de estudo, numa amostra de 858 mulheres, a idade mediana foi de 40 anos, a idade mínima de 15 anos e a máxima de 84 anos. A maioria possuía ensino médio, 42,4% e 51,1% tinha renda familiar de um salário mínimo. Algumas mulheres informaram possuir o benefício do programa Bolsa Família e outras declararam estar desempregadas. Grande parte das mulheres, 93,1%, realizou os exames colpocitológicos nos intervalos entre 1, 2 e mais de 3 anos. Uma minoria 6,9% das mulheres foi ao PCCU para realização do primeiro exame colpocitológico. Das mulheres, 9,9%, estava em atraso com o exame anual, de acordo com as diretrizes do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Algumas informaram que iniciaram o respectivo exame ainda jovem retornando após a fase da menopausa.

Foi observado em todas as unidades de Saúde Pública de Belém (USP/Belém) que o exame colpocitológico é principal estratégia de rastreamento do PCCU, é realizado de acordo com as normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e o INCA.

Neste estudo, na tabela 1, foi observado que as mulheres na faixa etária de 18 a 25 anos são as que menos se beneficiam com o exame colpocitológico ofertado pelas unidades de Saúde Pública em Belém, visto que as mulheres nestas faixas etárias representaram apenas 11,7% do total de 858 mulheres (**Tabela 1**).

A menor 1,2% representatividade foi do grupo de mulheres ≤ 18 anos (**Tabela 1**). .

Na ESF Galo II não houve frequência ao exame preventivo do grupo de mulheres ≤ 18 anos (**Tabela 1**).

A maior frequência ao exame colpocitológico foi de mulheres com idade \geq de 50 anos, com 28,9%, as quais mantêm maior regularidade anual com respectivo exame, quando analisados as demais faixas etárias. A seguir veio as mulheres 34 a 41 anos, com 20,0%; 26 a 33 anos, com 19,7% e; 42 a 49, com 18,5% (**Tabela 1**).

Na ESF Parque Amazônico I foi observado que o grupo de mulheres \geq de 50 anos foi de 42,9%, sendo a maior representatividade deste grupo, quando analisado os grupos etários de mulheres das outras unidades de saúde pública (**Tabela 1**).

As mulheres na faixa etária 25 a \geq 50 anos foi de 87,1%, nesta faixa estão incluídas as mulheres consideradas população alvo do PCCU (**Tabela 1**).

No estudo de Pedregosa *et al.*, (2010) também realizado com mulheres residentes em uma metrópole, observa-se que 44,3 anos foi a média de idade das mulheres, que é similar com a idade mediana, 40 anos, encontrada neste estudo.

Os dados deste estudo e de Pedregosa *et. al.* revelam que no perfil etário das mulheres residentes em áreas urbanas, clientes dos serviços de saúde pública de prevenção do câncer do colo do útero, há uma predominância das mulheres na fase da maturidade, quando comparado às outras faixas etárias como as adolescentes e jovens adultas as quais representam uma minoria, 12,7% (**Tabela 1**).

Vários estudos sobre câncer do colo do útero mostram que a idade é um fator que predispõem ao aparecimento desta doença neoplásica. Entre eles foram apresentados os trabalhos de NONNENMACHER *et al.*, 2002; LEAL *et al.*, 2003; 2004; SILVA *et al.*, 2006.

De certo modo, são as adolescentes e jovens adultas os grupos de maior risco de contrair o vírus HPV, principal fator de risco de câncer, portanto as clientes desses serviços públicos de prevenção do câncer do colo do útero não são assistidas no PCCU, embora a maioria 87,1% representa a população feminina alvo do PCCU, de 25 a 64 anos (**Tabela 1**).

Todavia é necessário pensar na organização desses serviços sob a ótica da prevenção primária e secundária do câncer do colo do útero, importantes para efetividade do exame colpocitológico como estratégia organizacional de rastreamento deste câncer. Incluir as mulheres adolescentes e jovens adultas que tem maior risco de contrair o HPV é propiciar a prevenção primária frente ao vírus HPV associado como a NIC e o carcinoma, além de melhorar a qualidade desses serviços em nível da prevenção secundária.

Ainda, vários estudos que investigaram sobre o papel do vírus HPV com o desenvolvimento do câncer do colo do útero e, para isso utilizaram o recrutamento de mulheres e rastreamento por meio do exame colpocitológico e testes moleculares, como o método de reação em cadeia da polimerase (PCR), evidenciaram uma maior prevalência de

infecção genital pelo HPV em mulheres na fase da adolescência e jovens adultas (PEREIRA *et al.*, 2011; QUEIROZ; CANO; ZAIA, 2007; PINTO; FUZZI; QUARESMA, 2011))

Pereira *et al.* (2011) enfatizam que o Brasil é um dos líderes mundiais em incidência de HPV e admitem que as mulheres entre 15 a 25 anos são as mais acometidas. De acordo com estes autores, o vírus HPV está associado a 90% dos casos de câncer do colo do útero no Brasil.

No estudo de Queiroz, Cano, Zaia (2007) foi evidenciado um aumento na incidência de achados citológicos associados ao vírus HPV, com maior ocorrência nas populações de adolescentes (idade <20 anos) e adultas (idade > de 21 anos) atendidas pelo SUS.

No estudo de Fedrizzi *et. al.* (2008) realizado com mulheres residentes em uma das metrópoles na região Sul do Brasil, identificaram que a faixa etária entre 21 anos e 25 anos houve maior prevalência da infecção pelo HPV, seguida pela faixa etária de 36 a 40 anos.

No estudo de Pinto; Fuzzi; Quaresma (2011) sobre a prevalência de infecção por HPV em mulheres urbanas na Amazônia Oriental foi mostrado um predomínio da faixa etária de 26 a 44 anos, seguida de 13 a 25 anos e pela de 45 e mais. Ainda, de acordo com estes autores a coitarca foi um dos principais fatores associados à infecção genital pelo HPV no grupo de mulheres da faixa etária de 26 a 44 anos de idade.

Neste estudo foi evidenciado que as mulheres nas faixas etárias correspondentes as adolescentes e as jovens adultas, ≤ 18 a 25 anos, 12,7%, são menos atendidas no PCCU.

De acordo com os vários estudos, supracitados, essa população ≤ 18 a 25 anos tem maior risco de contrair o vírus HPV, assim os achados deste estudo reforçam a necessidade nas metrópoles da Amazônia de um rastreamento organizado com prioridade na busca ativa de adolescentes e da jovem mulher, com vida sexual ativa, levando em conta que a coitarca precoce é comum nessa região.

No estudo de Pinto, Barbosa e Paiva (2012) evidenciou a importância do conhecimento do perfil da infecção pelo HPV em várias populações, incluído os adolescentes, em que o aumento da precocidade nas relações sexuais, aumento no número de parceiros sexuais e a falta de proteção sexual pelo não uso constante do preservativo, são consideráveis na transmissão da infecção pelo vírus HPV e o aumento de risco do desenvolvimento de câncer de colo uterino.

Os estudos epidemiológicos comprovam que a neoplasia, incluído o câncer do colo do útero, é uma das principais causas de óbitos na população feminina nas metrópoles da Amazônia, como Belém/PA. Ainda, de acordo com as recentes estimativas de casos de câncer no Brasil, no Estado e Município, o câncer do colo do útero tem maior incidência e o risco estimado é de 23,57/100 mil mulheres na região Norte do Brasil (BRASI, 2013).

Além disso, um dos objetivos da prática do exame colpocitológico pelas mulheres do PCCU é detectar precocemente as neoplasias intraepiteliais cervicais associadas com as lesões sugestivas do vírus HPV (BRASIL, 2011).

Assim sendo, na região Norte do Brasil às adolescentes e jovens adultas pela baixa frequência aos exames preventivos, possivelmente perdem a oportunidade de diagnosticar e tratar em fase inicial a NIC associado com a infecção genital pelo HPV para evitar o adoecimento por câncer do colo do útero.

Neste estudo, provavelmente todos esses resultados obtidos sobre as faixas etárias das mulheres que caracterizam o perfil de clientela do PCCU, podem ser explicados pela necessidade das unidades de Saúde Pública em Belém em atender a idade prioritária do PCCU, a faixa etária de 25 a 64 anos em detrimento das mulheres mais jovens as quais tem maior risco de exposição ao vírus HPV.

Também, a maior procura pelo exame colpocitológico por mulheres \geq de 50 anos podem ser justificados por razões das mudanças físicas, psíquicas e sociais, próprias desta idade nas fases do climatério e menopausa, que motivam a busca por consultas médicas, pelos exames laboratoriais e para diagnóstico, além da experiência e conhecimento maior sobre o seu corpo e o desejo de manter a qualidade de vida com saúde.

Sabe-se que, o exame colpocitológico pode revelar qualquer alteração funcional ou morfológica que uma célula possa sofrer, além de infecções genitais por diversos microrganismos (ROSS; PAWLINA, 2012) que provocam incômodos de ordem física e psicológica levando um contingente de mulheres ao respectivo exame.

De acordo com as normas técnicas do INCA endossadas pela Organização Mundial de Saúde, o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual, ainda, os exames devem prosseguir até os 64 anos e devidamente interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2011).

As normas técnicas do INCA estão baseadas nos estudos da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), de 1986, em oito países. Os estudos do IARC serviram de base para toda uma geração de normas, hoje, vigente, no mundo e no Brasil (BRASIL, 2011).

Experiências realizadas em países desenvolvidos para melhorar recrutamento e o rastreamento de todas as mulheres com vida sexual ativa através do exame preventivo, como as cartas-convite, no Reino Unido, onde as taxas de incidência caíram de 14 a 16 casos para cada 100 mil mulheres em cerca de 50%. Com as cartas-convite, começou a ocorrer à migração do rastreamento oportunístico, realizado no momento de um atendimento eventual, para um rastreamento organizado, de acordo com a periodicidade recomendada para às mulheres definidas como de risco, e que progressivamente passou a controlar as mulheres em falta com esse acompanhamento (QUINN *et al*, 1999, GUARISI, 2004).

É de suma importância que os gestores, gerentes, profissionais de saúde levem em consideração o perfil etário das clientes do PCCU, quando da execução da estratégia “exame colpocitológico”, do planejamento a organização dos serviços de prevenção de câncer do colo do útero. Bem como estabelecer meios para mobilizar e orientar as adolescentes e jovens mulheres a submeter-se ao exame preventivo quando do início da vida sexual.

Com isso, no entendimento que o perfil etário pode ser uma ferramenta de cunho organizacional para fortalecimento da prevenção primordial quanto aos estilos e hábitos de vida; da prevenção primária quanto aos fatores determinantes de risco de câncer, como o vírus HPV. Além da melhoria do acesso das mulheres ao exame preventivo em todas as faixas etárias.

Segundo Almeida (2005) a prevenção primordial, estreitamente, associada ao câncer do colo do útero, tem o objetivo de evitar que determinados estilos de vida venham a contribuir para o risco acrescido de doença, portanto deve se incluir políticas e programas de promoção de determinantes positivos de saúde, como abstinência ao tabaco, nutrição adequada e uso de preservativo nas relações sexuais e etc.

As assertivas de Almeida corroboram com a análise deste estudo, que identificou nos respectivos programas de rastreamento das unidades de Saúde Pública em Belém, uma baixa procura ao exame colpocitológico por grupos jovens de mulheres, exposta ao vírus HPV, agente de transmissão sexual, cujos cofatores associados como tabaco, promiscuidade, o não

uso do preservativo masculino ou feminino, favorecem a associação do HPV com o desenvolvimento de vários tipos de câncer (PINTO; FUZZI; QUARESMA, 2011).

É possível que algumas dessas mulheres deste estudo, optaram por estilos e hábitos de vida que contribuiu para o surgimento do câncer do colo do útero, sem saber sobre a importância da prevenção primordial e primária para o controle do câncer do colo do útero.

Neste estudo, na tabela 2, o grau de instrução variou entre as mulheres das unidades pesquisadas, a maioria 42,4% possuía ensino médio completo, seguido de 34,8% para o ensino fundamental incompleto. Estes patamares mostram que elas têm níveis baixos de ensino, haja vista que do total de 858 não chega a 50% o ensino médio completo, ainda, 2,4% representou as alfabetizadas e não alfabetizadas (**Tabela 2**).

Já a renda familiar ficou em 51,1% para um salário mínimo, que representou a maioria das mulheres. Embora quando analisada a soma com as que declaram menos de um salário, 18,9%, totalizando 70,0%, nesta constatação, admite-se que as mulheres do estudo têm baixa renda familiar. Algumas mulheres admitiram viver apenas com o benefício do programa Bolsa Família ou com ajuda de parentes, pois estavam desempregadas (**Tabela 2**).

De acordo com Bezerra *et al.* (2005) e Pedregosa *et al.* (2009) além da infecção pelo vírus HPV fatores socioeconômicos-culturais contribuem para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, entre eles, estão a escolaridade e a baixa renda familiar.

Para Alexandre (2007) a inserção da mão de obra feminina está interligada com o grau de escolaridade, isto é, quanto maior grau maior possibilidade de inserção no mercado de trabalho, ficando as mulheres de baixa escolaridade e de renda alijadas das possibilidades de melhoria da qualidade de vida e consequentemente expostas ao adoecimento e à morte.

As assertivas de Bezerra *et al.* (2005), Pedregosa *et al.* (2009) e Alexandre (2007) corroboram com este estudo, que identificou classes sociais com baixo poder aquisitivo, o que é muito comum na Amazônia.

Foi observado em todas as unidades pesquisadas, na tabela 3, quando analisado as características do atendimento do PCCU, que há vários tipos de clientela atendida nesse programa, assim caracterizada:

A clientela (mulheres do controle anual) que representa as mulheres que foram agendadas no ano anterior para realização do exame colpocitológico no ano seguinte;

A clientela (mulheres de primeira vez) que vieram ao PCCU para realização do primeiro exame colpocitológico, considerando que elas, antes, nunca realizaram o respectivo exame;

A clientela (mulheres com intervalo 2-3 anos) corresponde as mulheres que estavam em atraso com o exame colpocitológico anual no período de até 3 anos;

A clientela (mulheres com intervalo >3 anos) corresponde às mulheres que estavam em atraso com exame colpocitológico anual, bem superior ao recomendado como período regular de acordo com as normas do PCCU.

De acordo com o PCCU a periodicidade do exame colpocitológico pode ser trienal, após dois resultados anuais consecutivos normais ou com alterações não neoplásicas (BRASIL, 2011).

Neste estudo, do total de 858 mulheres, 6,9% representou as mulheres que realizaram o exame colpocitológico pela primeira vez, bem inferior quando analisado todas as outras características do atendimento do PCCU representado por 93,1, assim distribuídas: mulheres do controle anual, 56,9%; mulheres, 26,3%, realizou seus exames colpocitológicos nos intervalos entre 2-3 anos e 9,9% no intervalo >3 anos (**Tabela 3**).

Um estudo de Sousa *et al.* (2008) realizado no âmbito do Estado do Pará, incluído, a Capital de Belém/PA, ao recrutar as mulheres para realização do exame colpocitológico identificou que 72,22% de mulheres na faixa etária de 12 a 19 anos e, 35,73 na faixa etária de 20 a 29, foram os grupos de mulheres, com maior representatividade, submetidas ao primeiro exame colpocitológico, sem prévia do PCCU.

Os achados de Sousa *et al.* e os dados obtidos neste estudo reforçam a busca de mulheres para realização do primeiro exame colpocitológico pela mulher. Assim como, estabelecer meios para garantir um melhor acesso dessas mulheres ao PCCU.

Neste estudo os resultados encontrados podem ser justificados, quando observado que a agenda anual das mulheres do controle anual pode interferir no atendimento das mulheres que procuram o PCCU para realização do primeiro exame colpocitológico, possivelmente levando a uma demanda reprimida no grupo de mulheres de primeira vez.

Além disso, a procura pelo exame colpocitológico pelas mulheres nessas unidades de saúde pública é realizada de modo espontâneo, por ordem de chegada, então, as mulheres do controle anual já estão informadas e acostumadas com a rotina do exame colpocitológico do

PCCU e provavelmente tem mais chance de acesso à ficha para inscrição ao respectivo exame do que a mulher que vem em busca de uma primeira oportunidade para realização do primeiro exame colpocitológico.

Também foi observado no grupo de mulheres, 9,9%, que realizaram exames colpocitológicos com intervalo > 3 anos, em alguns casos, os intervalos chegaram a 10, 15 e 20 anos. Algumas das mulheres desse grupo iniciaram o exame quando eram jovens, retornando ao PCCU da unidade de saúde após os incômodos das fases do climatério e da menopausa ou por queixas ginecológicas (**Tabela 3**).

Observa-se, também, nesse grupo de mulheres, acima mencionado, que o mesmo estava presente em todas as unidades de saúde pública, numa representatividade de 7,9%, 11,0%, 9,5%, 12,0% e 12,2%, na UBS Pedreira, UMS Guamá, CES Marco, ESF Galo II e ESF Parque Amazônico I, respectivamente (**Tabela 3**).

Do total de 858 mulheres, a demanda espontânea (mulheres que buscaram o exame colpocitológico por vontade própria) representou a maioria com 74,6% e 25,4%, foram mulheres que chegaram ao respectivo exame por encaminhamento do profissional médico. Ainda, foi verificado que uma mulher veio a UBS da Pedreira através do fluxo da rede de serviços de saúde por contrarreferência fornecida pelo médico (**Tabela 4**).

Observa-se, na tabela 4, que 64,4% das mulheres do primeiro exame vieram de modo espontâneo, o que é positivo, quando analisado que foi ela quem tomou a decisão, independente de orientação ou encaminhamento do profissional de saúde (**Tabela 4**).

Em contrapartida, 56,7 das mulheres que vieram ao PCCU, com intervalos entre os exames colpocitológicos de 2-3 anos e >3 anos foram orientadas pelo médico para realizá-los, o que mostra nesse grupo de mulheres a necessidade de reforçar a orientação sobre os objetivos do PCCU e do exame preventivo, evitando que a não periodicidade anual deste exame favoreça a progressão da NIC para o câncer de colo uterino (**Tabela 4**).

O encaminhamento médico para realização do exame preventivo foi representado por todos os grupos de mulheres, 35,6%, 23,0%, 26,1%, 30,6%, respectivamente, mulheres de primeira vez, do controle anual, com intervalos de exame anual de 2-3 anos e >3anos. O que demonstra a validade da orientação e encaminhamento do profissional de saúde, quando analisado os percentuais significativos encontrados nos grupos de mulheres de primeira vez, 35,6%, e 30,6% com intervalo entre os exames >3 (**Tabela 4**).

Dos poucos trabalhos encontrados acerca das características do atendimento e do tipo de demanda, destaca-se de Reis *et al.* (1992) no qual eles afirmam que uma das condições fundamentais para o êxito do rastreamento de casos de lesões intraepiteliais cervicais seria a adesão das mulheres ao PCCU, dentro de um sistema de saúde organizado de ações e serviços para o controle do câncer do colo do útero.

Para eles a demanda espontânea trazendo legião de pacientes de baixo risco, que forçam o aumento da frequência de exames colpocitológicos, acarretaria problemas na efetividade e o custo. A procura ativa, principalmente de mulheres que nunca fizeram exame colpocitológico, ou o fizeram há muito tempo, na faixa etária de máxima prevalência das lesões pré-cancerosas, tem influência inversa, ou seja, aumento da efetividade e da eficiência (REIS *et al.*, 1992).

Para Sigurdson (1993) os controles realizados por demanda espontânea são menos eficientes do que os programas de rastreamento que tentam incluir todas as mulheres através de convites objetivos e personalizados. Os programas que admitem a demanda espontânea para o exame colpocitológico tem uma cobertura populacional baixa.

Duarte e Vieira (2008) sugerem a capacitação de profissionais e gerentes de serviços do programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero, para fortalecer o mesmo e aumentar a captação de mulheres sob maior risco.

Este estudo, com a análise de Duarte e Vieira, reafirma a necessidade da realização da busca ativa de mulheres sob maior risco, considerando-se a pouca frequência de mulheres para realização do primeiro exame colpocitológico e a alta concentração de mulheres do controle anual por meio da demanda espontânea.

Essa afirmação acima mencionada baseia-se na possibilidade e necessidade da equipe dessas unidades estudadas está preparada para atuar na busca ativa dessa clientela do PCCU, visto que a prática da busca ativa não foi comprovada em nenhuma das unidades de saúde pública pesquisadas.

Em todas as unidades de Saúde Pública deste estudo, é necessário intervir na organização da prática do PCCU no sentido de dar uma maior atenção as mulheres que nunca realizaram o exame colpocitológico facilitando o acesso ao grupo de primeira vez. Bem como para mulheres que estão fora do período regular de acordo com o PCCU. .

As intervenções organizacionais para melhorar o acesso nesses dois grupos de mulheres (primeira vez e com intervalos >3 anos) diz respeito a efetivação da busca ativa dessas mulheres, que não é uma prática usual pelas equipes de saúde que atuam no PCCU das unidades estudadas.

A busca ativa como procedimento de orientação organizacional do PCCU, certamente ajudaria no processo de captação precoce das mulheres de forma mais organizada, democrática, com equidade quanto ao acesso aos serviços de prevenção do câncer do colo do útero, pois, foi verificado uma demanda reprimida quanto se trata da mulher jovem, menor de 18 a ≤ 25 anos de idade e de mulheres que buscam o exame colpocitológico pela primeira vez.

Também, o monitoramento efetivo das mulheres que já iniciaram os exames colpocitológicos, como procedimento de orientação organizacional do PCCU, possivelmente pode diminuir o número de mulheres que realizam os exames colpocitológicos fora da periodicidade regular recomendada pelo Ministério da Saúde, fortalecendo os benefícios do programa no que tange a prevenção primária e secundária e a redução da mortalidade por neoplasia.

O conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero foi superior a 90% em cada uma das unidades de Saúde Pública, chegando ao patamar de 98,3% quando analisados todas essas unidades, o que foi significativo (**Tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10**).

Do total de 858 mulheres, 82,9% crê na cura do câncer do colo do útero e 17,1% ainda permanecem com mito que esta doença é incurável. As mulheres que são descrentes sobre a cura, atribuíram como motivo de descrença as experiências com morte de familiares, parentes e amigos por câncer do colo do útero (**Tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10**).

Do total de 858 mulheres, 91,8% crê na prevenção do câncer do colo do útero. No percentual de 8,2% das mulheres que são descrentes com a prevenção, foi observado que a descrença estava relacionada à falta de informação sobre as medidas preventivas, como o exame colpocitológico e da importância do exame na detecção precoce das neoplasias intraepiteliais cervicais associadas com o vírus HPV, demonstradas pelas mulheres pela baixa informação sobre a NIC, 40,0% (**Tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10**).

O desconhecimento sobre a neoplasia intraepitelial cervical foi de 60,0% de um total de 858 mulheres, isto é preocupante quando considerado que a NIC representa as lesões pré-

malignas que antecede o câncer do colo do útero as quais podem estar associada com o vírus HPV e são detectadas pelo exame colpocitológico.

Recentes estudos reafirma a associação da NIC e o vírus HPV com a progressão do câncer do colo do útero (PEREIRA *et al.*, 2011; QUEIROZ; CANO; ZAIA, 2007; FEDRIZZI *et al.*, 2008; PINTO; FUZZI; QUARESMA, 2011))

Neste estudo, o conhecimento sobre NIC era uma condição esperada nessas mulheres, haja vista que o perfil de clientela do PCCU é de mulheres do controle anual as quais frequentam o PCCU para realização do exame colpocitológico, há vários anos.

Também eram mulheres que estavam na maturidade, representaram 67,4% quando considerado as faixas etárias entre 34 a ≥ 50 anos. É provável, que essas mulheres devido o tempo que realizam o exame colpocitológico participaram pelo menos de uma ou duas ou mais práticas educativas desenvolvidas pela equipe do PCCU (**Tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10**).

Do total de 858 mulheres, o conhecimento sobre o vírus foi de 72,6% e 40,5% ouviram falar na vacina contra o vírus HPV (**Tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10**). Estes resultados mostram que as mulheres das unidades deste estudo, tem um conhecimento favorável sobre o vírus, contudo pouca informação sobre a vacina anti-hpv.

Para Pereira *et al.* (2011) embora existe divulgação do HPV pelos órgãos de comunicação, como um problema de saúde pública, ainda assim, o vírus é desconhecido.

Neste estudo, a assertiva de Pereira *et. al.* é observada quando analisamos os patamares relativos ao conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e o vírus HPV, 98,3% e 72,6%, respectivamente, foi observado uma diferença importante de 25,7%, quando comparada estas duas variáveis, isto mostra um possível desconhecimento da associação do vírus HPV com o câncer do colo do útero pelas mulheres deste estudo. (**Tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10**).

Nos estudos de Ribeiro; Garcia (2010) foi mostrado que as informações sobre o risco do vírus HPV foram insuficientes quando eles analisaram as informações das mulheres portadoras de HPV com idade acima de 50 anos. Neste estudo, os dados obtidos são similares com esses autores, haja vista que a maioria das mulheres que frequentam o exame colpocitológico dessas unidades de saúde pública estava na faixa etária ≥ 50 anos (**Tabela 1**).

É possível, que a baixa informação sobre a vacina, 40,6%, bem menor em relação ao vírus HPV, com 72,6% favorável ao conhecimento, seja o fato da vacina HPV ser indisponível

nos serviços de saúde pública (**Tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10**). Das mulheres que informaram sobre a vacina HPV algumas admitiram que a informação obtida por meios veículos de comunicação social, como os programas de TV.

Os dados deste estudo, corroboram com Pereira *et al.* (2011), quando analisado a informação sobre a vacina e o vínculo do vírus HPV com o surgimento câncer do colo do útero. Para eles a informação sobre a vacina contra o vírus causa preocupação entre gestores e profissionais de saúde, portanto as ações educativas são imprescindíveis e impactantes junto às mulheres e profissionais de saúde para prevenção primária e secundária do câncer do colo do útero e do HPV.

O uso das práticas educativas nas unidades de saúde pública estudadas foi de 59,0%. Observa-se que as práticas educativas ocorrem em todas as unidades de saúde de pública, com percentuais de 47,9%, 49,2%, 72,3%, 24,0% e 53,1%, respectivamente, na UBS Pedreira, UMS Guamá, CES Marco, ESF Galo II e ESF Parque Amazônico I.

A maior representatividade foi observada no Centro Escola Saúde do Marco, 72,3% ($p=0.001$), vindo as seguir a ESF Parque Amazônico, com 53,1%. Nas demais unidades de saúde pública os percentuais ficaram abaixo de 50,% e a menor representatividade foi de 24,0% na estratégia de Saúde da Família Galo II (**Tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10**). .

Vale observar que o Centro Escola está vinculado administrativamente a Universidade do Estado do Pará, o que resulta no uso de práticas educativas de forma contínua e obrigatória nas atividades curriculares dos alunos dessa Universidade nesse Centro, demonstrando a importância da integração ensino-serviço na perspectiva da efetividade das estratégias do PCCU.

Para Feliciano; Christen; Velho (2010) as mulheres precisam receber orientações sobre a coleta do exame colpocitopatológico, é necessário enfatizar a importância, a finalidade e a periodicidade deste exame, apresentar os materiais utilizados no mesmo, fazer esclarecimentos sobre a posição da mulher durante o exame e dar informações sobre o resultado do laudo colpocitológico.

Vários estudos, alguns de cunho qualitativos, chamam atenção sobre as necessidades de práticas educativas para a prevenção do câncer do colo do útero, envolvendo a percepção

sobre o exame colpocitológico e do risco sobre a infecção pelo vírus HPV em mulheres com idade de 50 anos, dentre eles, destaca-se Matão *et al.* (2011) e de Ribeiro e Garcia (2010)

Matão *et al.* (2011) admitem que as mulheres desconhecem a doença e as medidas de prevenção. Ribeiro e Garcia (2010) chamam atenção para a falta de conhecimento das mulheres a respeito do modo de transmissão do vírus e das complicações da infecção por HPV, eles enfatizam a necessidade de se criar espaços para as ações educativas com enfoque no câncer do colo do útero com a associação com o vírus HPV.

Neste estudo foi verificado que as práticas educativas precisam ser fortalecidas em todas as unidades de saúde pública, quanti e qualitativamente, considerando o conhecimento sobre câncer do colo do útero e vírus HPV, com lacuna a respeito da cura e prevenção deste câncer, e elevado desconhecimento sobre a NIC e vacina contra HPV.

Portanto, as assertivas dos autores, supracitados, endossam e respaldam a análise deste estudo nas variáveis que destacam o conhecimento de mulheres acerca dessas patologias prevalentes nesta metrópole da Amazônia.

O uso das práticas educativas possibilita oportunidades de conhecimento às clientes do PCCU sobre câncer e seus fatores determinantes, como o vírus HPV. Além de aumentar a confiabilidade do exame colpocitológico, no que concerne à cura e prevenção desta doença neoplásica e no controle do HPV. Também pode aumentar a informação das mulheres sobre as novas tecnologias, como a vacina HPV.

7. CONCLUSÕES

Constatamos com esta pesquisa, que há fatores interferentes no exame colpocitológico e na educação em saúde dificultando a efetividade dessas estratégias do PCCU nas unidades de Saúde Pública em Belém. Assim sendo, há necessidade de intervenções organizacionais para efetivação da busca ativa, uso das práticas educativas e monitoramento efetivo de mulheres do controle anual, como ferramentas de cunho organizacional.

Entre os fatores interferentes nas estratégias de controle do câncer do colo do útero, contribuindo para diminuição da efetividade do programa e identificadas neste estudo, podemos ressaltar:

O perfil etário das mulheres do PCCU, mediana 40 anos, e menor benefício para mulheres nas faixas etárias de 18 a 25 anos, que é o grupo etário com maior prevalência de infecção pelo vírus HPV de acordo com vários estudos epidemiológicos e biomoleculares.

O perfil socioeconômico das mulheres apresenta níveis baixos de instrução e renda familiar, o que é comum nas mulheres acometidas de câncer do colo do útero, de acordo com estudos epidemiológicos pertinentes sobre câncer.

As características de atendimento do programa de prevenção do câncer do colo do útero, que mostra uma alta concentração das mulheres do controle anual na realização do exame colpocitológico, em detrimento das mulheres de primeira vez.

O tipo de demanda que depende de orientação e encaminhamento médico para realização do exame colpocitológico, o que foi observado em todos os grupos de mulheres incluídas no estudo.

O baixo nível de conhecimento de mulheres sobre câncer do colo do útero e vírus HPV, neoplasia intraepitelial cervical e vacina Anti-HPV

A baixa realização de práticas educativas, observado em quase todas as unidades de saúde pública incluídas no estudo.

8. SUGESTÕES:

Estabelecer uma agenda programada para o rastreamento de mulheres para o primeiro exame colpocitológico;

Introduzir práticas educativas no PCCU, de caráter permanente, envolvendo mulheres e famílias, com história de câncer do colo do útero;

Intensificar a prevenção primária e secundária com ações educativas envolvendo as equipes de Saúde da Família;

Estabelecer a busca ativa como ferramenta organizacional na identificação das mulheres que nunca realizaram o exame colpocitológico;

Promover capacitações aos profissionais de saúde do PCCU que enfatizem métodos de busca ativa de mulheres para o exame colpocitológico.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, L. B. S. P. Políticas públicas de saúde da mulher. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. (Org). **Enfermagem e saúde da mulher**. Baueri, São Paulo: Manole, 2007. p. 1-29.

ALMEIDA, L. M. DE. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa: ENSP, v. 23, n. 1, p. 91-95, jan/junho. 2005.

ARAÚJO, L. C. G. de. Cotidiano das empresas no Brasil: conhecendo funções, procedimentos, técnicas e ambiente organizacional. In:_____. **Teoria geral da administração: aplicação e resultados nas empresas brasileiras**. São Paulo: Atlas, 2004. p. 168-196.

BASTABLE, S. B.; VARGAS, A. C. (trad.) Panorama da Educação no Cuidado em saúde; In:_____. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 25-45.

BEVILACQUA, R. G.; SAMPAIO, S. A. P. As especializações – histórico e projeções. In: NEGRI, B; FARIA, R.; D' AVILA VIANA, A. L. **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. Campinas, SP: Unicamp, IE, 2002. p. 33-90.

BEZERRA, S. J.S. et al. Perfil das mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 17, n. 2, p. 143-48, 2005.

BIDUS, M. A.; ELKAS, J. C. Câncer cervical e vaginal. In: BEREK, J. S. Berek & Novak. **Tratado de Ginecologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 1031- 1069.

BORSATTO; A. Z.; VIDAL, M. L. B.; ROCHA, R. C. N. P. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 67-74, 2011.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília. 1988

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde**. (TABNET) Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/> Acesso em: 8 dez 2010.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Título II Do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e manuais técnicos de controle do câncer cérvico-uterino e de mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção integral à saúde da mulher**. Brasília: Mimeo, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Viva Mulher. Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gereciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção oncologia**. Brasília: Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006. p. 14-55.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004-2007.

_____. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: **Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático sobre o HPV: perguntas e respostas**; Brasília: MS, 2014.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CANESQUI, A. M., A saúde da mulher em debate. **Revista Saúde em Debate** v. 15, n. 16, p. 29-36, 1984.

CARBONE, M. H Educação em Saúde. In: COSTA, E. M. A. da, et al. **Saúde da Família: Uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. p. 84-91.

CECCIM, Ricardo Burg and FEUERWERKER, Laura C. M.. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. *Physis* [online]. 2004, v. 14, n. 1. p. 41-65.

CHIAVENATO. I. O mundo das organizações: globalização, tecnologia, diversidade e ética. In; _____. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 23-58.

_____. As organizações e sua administração. CHIAVENATO. In: _____. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 59-92.

_____. Desenho organizacional. In: _____. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 93-120.

_____. Cultura organizacional. In:_____. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 121-148.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 381 de 29 de julho de 2011** – normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncológica pelo método Papanicolaou.

CORREIA, D. A. D; VILLELA, W. V. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. v. 8, n. 4, p. 491-497, 2008.

COSTA, E.M. A da. Saúde da Família. In: COSTA, M. A da. et al. **Saúde da Família – Uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. p. 11-21.

COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

CRUM, C. P. Aparelho Genital Feminino. In: KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N. **Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p.1105-1167.

CRUZ, S. G.; FERREIRA, M. M. F. Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. **Rev. Enf. Ref.** v. ser III, n. 6, Coimbra, mar. 2012

FEDRIZZI, E. N. et al. Infecção pelo papilomavírus humano (HPV) em mulheres de Florianópolis, Santa Catarina. **DST–J bras Doenças Sex Transm**, v. 20, n. 2. p. 73-79., 2008.

_____. Infecção pelo papilomavírus humano (HPV) em mulheres HIV positiva em Florianópolis, Santa Catarina. **DST–J bras Doenças Sex Transm**, v. 23, n. 4. p. 2005-2009, 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. In:_____. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. 2 ed. Caetano do Sul/SP: Yendis Editora, 2008. p. 273-296.

FELICIANO, C.; CHRISTEN, K.; VELHO, M. B. Câncer de colo uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismo que ampliam sua adesão. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18. nº 1, p. 75-9, jan/mar.2010.

FOCCHI, J. Papilomavírus humano e neoplasia genital. In: PIATO, S. **Tratado de Ginecologia**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 315-.325.

FOCCHI, J.; SILVA, I.G. Viroses do trato genital inferior. In: PIATO, S. **Tratado de Ginecologia**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 225-237.

GIL, C. R. R.; CERVEIRA, M. A. C.; TORRES, Z. F. Pólos de capacitação em saúde da família: alternativa de desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica. In: NEGRI, B; FARIA, R.; D' AVILA VIANA, A. L. **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. Campinas, SP: Unicamp, IE, 2002. p. 103 - 125

GIULIANO, A. *Cervical carcinogenesis*; The role of co-factors and generation of reactive oxygen species. **Salud Pública de México. Cuernavaca**, v. 45 supl.3, p. 01-11, 2003.

GOMES C. H.R. et al. Câncer cervicouterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, vol. 58, n. 1. p. 41- 45, 2012.

GURGEL, C. Funções do Administrador no enfoque contemporâneo: planejar, organizar, liderar e controlar._____. In: GURGEL, C. RODRIGUEZ & RODRIGUEZ, M. V. **Administração;; elementos essenciais para a gestão das organizações**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 56-84.

KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; FAUSTO, N. Neoplasia. In: KUMAN et al. **Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 281-356.

KUMAR, V.; STRICKER, T. P. Neoplasia. In: ROBBINS E CONTRAN; KUMAR, V. et al; FERNANDES, P. D. (trad.). **Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 259-330.

LAGO, S. Prevenção e quimioprevenção em oncologia. In:_____GUIMARÃES, J. L. M; ROSA, D. D. **Rotinas em oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 68-70.

LEAL, E. A. S. et al. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco- Acre. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 25, nº 2, p. 1-9, mar. 2003.

LUCHESE, P; AGUIAR, D. **Introdução: Políticas Públicas**. BVS Saúde Pública Brasil e BIREME/OPAS/OMS. jul. 2004.

MALIK, A. M. et al. Gestão de recurso humanos. In:_____. **Gestão de recurso humanos**. 2. ed. São Paulo: FSP/USP (série Saúde & Cidadania), 2002. p. 1-26

_____.Problemas gerenciais e recursos humanos em saúde. In:_____. **Gestão de recurso humanos**. 2. ed. São Paulo: FSP/USP (série Saúde & Cidadania), 2002. p. 27

MATAMALA, M. I. et al. Calidad de la atencion, gênero: salud reproductiva de las mujeres. Santiago: Ed, do autor; **COMUSAMS**; ACHNU, 1995.

MATÃO, M. E. L. G et al. Percepção das mulheres acerca do exame colpocitológico. **R. Enferm. Cent**, vol. 1, n. 1, p. 47-58, jan-mar, 2011

MURTA, et al. *Infecção* pelo Papilomavírus Humano em Adolescentes: Relação com método anticoncepcional, gravidez, fumo e achados citológicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Uberaba, v. 23, n. 4, p. 217-221, 2001.

NONNENMACHER et al. Identificação do papilomavírus humanos por biologia molecular em mulheres assintomáticas. **Revista de Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 95-100, 2002.

OSIS, M. J. M. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl.1, 1998.

PARADA, R. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008

PARELLADA, C. I.; PEREYRA, E. A. G. Papilomavírus Humanos. In: FOCACCIA, R. Veronesi: **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 609-627. .

_____. Papilomavírus Humanos. In: FOCACCIA, R. Veronesi: **Tratado de Infectologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 681-699.

PARKIN, D.M.; BRAY, F. I.; DEVESA, S. S. Cancer burden in the year 2000. The global picture. **European Journal of Cancer**, v. 37, p. S4-S66, 2001.

PAULINO, V. C. P. et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 368-373, 2012 jul/set. 2012.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios pra implementação na prática assistencial. **Rev. Bras. Med . Fam. e Com.** Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, out/dez. 2005.

PECOR, S. et al. Cancer in women. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. v. 82, p. 369-79. 2003

PEDREGOSA, J. F. et al., Perfil socioeconômico-cultural e fatores de risco em pacientes com neoplasia intraepitelial cervical persistente. **Arq. Ciênc Saúde**. v. 17, n. 1, p. 42-7, jan-mar. 2010.

PEREIRA, A. Educação em Saúde. In: FIGUEIREDO, N. M.A. (org). **Ensinado a cuidar em saúde pública**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008. p. 25-46.

PEREIRA, k. C. et al. Conhecimento de mulheres em idade fértil sobre o papiloma vírus humano. **Enfermagem em Foco**, 2011: 2(3). p. 164-166.

PIATO, S. Carcinomas do colo uterino. In:_____ **Tratado do Ginecologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 396-416.

_____. Lesões precursoras de carcinomas. In:_____. PIATO, S. **Ginecologia: diagnóstico e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2008. p. 267-275.

PIATO, S.; PIATO, D. S. A. M. Carcinoma invasivo do colo do útero. In:_____. PIATO, S. **Ginecologia: diagnóstico e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2008. p. 283-290.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 361-369.

PINOTTI, J. A.; ZEFERINO, L. C.; FAÚNDES, A., 1987. Conceito de atenção integral à saúde da mulher. In: HALBE, H. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Rocca, 1987. p. 47 – 51.

PINTO, V. F. C.; BARBOSA, V. F.C.; PAIVA, S. G. Aspectos epidemiológicos e citológicos pelo papilomavírus humano (HPV) em adolescentes: **Uma revisão**. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.5, n.4. pub.4, outubro. 2012.

PINTO, A. P.; TULIO, S.; CRUZ, O. R. Cofatores do HPV na oncogênese cervical. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, v. 48, n. 1, jan/mar.2002.

PINTO, D. S.; FUZII, H. T.; QUARESMA, J. A. S. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 27, n. 4. p. 769-778, abr. 2011.

PIROG, E. C.; ELLENSON, L. H. O trato genital feminino. In: ROBBINS E CONTRAN; KUMAR, V. et al; FERNANDES, P. D. (trad.). **Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 1013-1071

QUEIROZ, A. M. A.; CANO, M. A. T.; ZAIA, J. E. **O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas – MG. RBAC**, v. 39, n. 2, p. 151-157, 2007.

QUINN M. et al. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. p. 318-904, 1999.

REIS, A.F.F; COSTA, M.C.E.; ALMEIDA, N.C.; Prevenção do câncer cérvico-uterino – Princípios epidemiológicos e avaliação dos programas de screening. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**. Rio de Janeiro, v.102. n. 11 e 12, p. 445-447, dez. 1992.

RIBEIRO, A. M. de; GARCIA, T. F. M. Papiloma Vírus Humano – HPV – percepção do risco por mulheres na maturidade. **Caderno da Escola de Saúde Pública**. v. 4, n.1, jan./jun. 2010.

RICHART, RM. A Modified Terminology for Cervical Intraepithelial Neoplasia. 1990. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*.

Disponível em: <<http://www.guideline.gov>> **Acesso em: 20 dez. 2013**

ROSS, M. H.; PAWLINA, W. Correlações clínicas: exame citológico em esfregaço corado pelo método de Papanicolaou (Pap). In _____ **Histologia: textos e atlas. Em correlação com biologia celular e molecular**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 877-881

_____.Correlações clínicas: colo e infecção pelo papilomavírus humano (HPV). In _____ **Histologia: textos e atlas. Em correlação com biologia celular e molecular**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 882-885.

SERRA, H.S. et al. **Análise de lesões latentes e subclínicas do papilomavírus humano (HPV)**. Revista Paraense de Medicina, Belém, v. 19, n. 4, p. 35-40. out./dez. 2005.

SERRANO, D. R.; RAMIRES, R.C. Colpocitologia oncológica. In: PIATO, S. (org). **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 26-34.

SERRANO, D. R.; RAMIRES, R.C. Colpocitologia oncológica. In: PIATO, S. (org). **Ginecologia: diagnóstico e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2008. p. 19-26.

SILVA, I.M.R. da. et al. Avaliação dos programas brasileiros para controle do câncer genital feminino. **RAS**: São Paulo, v. 6, n. 24, p. 97-102. jul./set, 2004.

SILVA, T.T. et al. Identificação de tipos de papilomavírus e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Pernambuco, v. 28, n. 5, p. 285-291, 2006.

SILVEIRA, G.P.G. et al. Neoplasias intra-epiteliais: endométrio, colo, vagina e vulva. In: _____ SILVEIRA, G.P.G. **Ginecologia baseado em evidências**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 251-252.

SILVEIRA, G. P.G.; BARCELOS, M. A. Afecções benignas do trato genital inferior colo uterino, vagina, vulva. In: SILVIRA, G.P.G. **Ginecologia baseado em evidências**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 191-192.

SIGURDSON K. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer evaluation of screening activity in Iceland. **IntJ Cancer**, v.54, p. 563-70, 1993.

SOUSA, M. S de. Perfil dos exames citológicos do colo do útero realizados no Laboratório Central do Estado do Pará, Brasil. **Rev.Pan-Amaz Saúde**. v. 2, n.2, p. 27-32. 2011.

ZIMMER, A. S.; ROSA, D. D. Câncer de colo uterino. In: GUIMARÃES, J. L. M.; ROSA, D. D. **Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 304-312.

APÊNCICE A
ROTERIO DE ENTREVISTA
(USUÁRIA DO PCCU)

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

IDENTIFICAÇÃO:

NOME (INICIAIS): _____ Idade (em anos): _____ Grau de instrução: _____

Renda familiar: Menos de 1 salário mínimo () 1 salário () Mais de 1 salário ()
Outro () especificar _____

TIPO DE ATENDIMENTO: 1ª vez () Controle anual () Outro especificar ()

TIPO DE DEMANDA: Espontânea () Encaminhamento () especificar: _____

Busca ativa para o PCCU () especificar: _____

1. Você conhece ou já ouviu falar sobre o câncer do colo do útero? Sim () Não ()

2. O câncer do colo do útero tem cura? Sim () Não ()

3. A mulher pode prevenir o câncer do colo do útero? Sim () Não ()

4. Você conhece ou já ouviu falar no vírus HPV? Sim () Não ()

5. Você já ouviu falar na vacina contra o vírus HPV? Sim () Não ()

6. Você já ouviu falar sobre a NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical)? Sim () Não ()

7. Você recebeu prática educativa sobre o câncer do colo do útero? Sim () Não ()

Entrevistador: _____ Data: __/__/_____

Entrevistado: _____