

ORIGINAL

RASTREIO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: DELINEANDO O PERFIL DE UTILIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PARACAMBI (RJ)

SCREENING OF CERVICAL CANCER: THE PROFILE DESIGN FOR USE ONLY IN HEALTH SYSTEM IN THE CITY OF PARACAMBI (RJ)

Carolina Milagre de Paula Andrade¹, Julyara Reis de Mendonça Marendaz¹, Roseleia² Pereira Martins Maia, Ana Carla Alves Cruz³, Caroline Moares Soares⁴, Ricardo de Mattos Russo Rafael⁵

1. Enfermeira. Graduada na Universidade Iguazu – UNIG.
2. Enfermeira. Enfermeira. Especialista em UTI do Adulto e do Idoso (UFRJ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG)
3. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva (UFF). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG).
4. Enfermeira. Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (FIOCRUZ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG).
5. Enfermeiro. Doutorando em Ciências (FCM/UERJ). Mestre em Saúde da Família. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem e de Medicina da UNIG. E-mail: prof.ricardomattos@gmail.com (**Autor de Correspondência**)

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

Objetivo: determinar o perfil de utilização dos serviços primários de rastreamento do câncer do colo do útero, em mulheres de 20 a 59 anos, no município de Paracambi (RJ).

Método: Estudo transversal realizado com uma amostra de 155 mulheres usuárias de

um serviço de Saúde da Família do município de Paracambi (RJ). Foram calculadas as prevalências referentes ao perfil de utilização do exame colpocitológico, bem como estimados os respectivos Intervalos de Confiança (95%). **Resultados:** tendo predomínio nas mulheres de 20 a 39 anos (63.8%), mulheres brancas (39.3%; IC 95%: 31.5/47.1) e parda (38.0%; IC 95%: 30.3/45.7), com tempo de estudo até 8 anos (57.2%), com companheiros fixos (86.4; IC 95%: 81.0/91.8) e classe econômica C (56.7%; IC 95%: 48.8/64.6). **Conclusões:** com os dados aqui apresentados observamos que as mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família possuem maior facilidade de acesso na utilização dos serviços de rastreamento e detecção precoce do câncer do colo do útero e na utilização do SUS.

Descritores: neoplasias do colo do útero; esfregaço vaginal; sistema único de saúde.

ABSTRACT

Objective: To determine the pattern of utilization of primary care screening of cervical cancer in women 20-59 years old, in the municipality of Paracambi (RJ). **Method:** Cross-sectional study with a sample of 155 women attending a service of Family Health municipality Paracambi (RJ). Regarding the prevalence of use of the Pap smear profile as well as their estimated confidence intervals (95%) were calculated. **Results:** taking predominance in women 20-39 years (63.8%), white women (39.3%, CI 95%: 31.5/47.1) and mixed (38.0%, CI 95%: 30.3/45.7), with study time to 8 years (57.2%), with fixed partners (86.4, 95% CI: 81.0/91.8) and economy class C (56.7%, CI 95%: 48.8/64.6). **Conclusions:** With the data presented here, we observe that women enrolled in the Family Health Strategy have easier access in service use of screening and early detection of cervical cancer and the use of SUS.

Descriptors: uterine cervical neoplasms; vaginal smears; unified health system;

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero, também chamado de cervical, demora anos para se desenvolver. Existe uma fase do câncer de colo de útero, chamada de pré-clínica (sem sintomas), em que a detecção de lesões precursoras pode ser feita através do exame preventivo (Papanicolaou). Conforme a doença evolui, aparecem sintomas como sangramento vaginal, corrimento e dor. Esse tipo de câncer se inicia com uma lesão, que

na maioria dos casos pode ser curável. Trata-se de neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC) que se dividem em I, II e III. Com o seu tratamento muitas dessas lesões podem regredir espontaneamente, porém a uma probabilidade muito maior de progressão.¹

A infecção persistente por HPV (Papiloma Vírus Humano) do tipo 16 faz com que 5% das mulheres desenvolvam NIC III ou lesão mais grave em três anos e 20% de risco de desenvolver em dez anos. Quando a infecção persistente for por outro tipo de HPV oncogênico, esse risco reduz pela metade. O NIC I, não é considerado uma lesão precursora, pois ela tem uma menor probabilidade de progressão e uma maior de regressão ou persistência. A infecção pelo HPV, é a principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer. Ficando apenas atrás do câncer de mama, ele é o segundo tumor mais frequente e a quarta causa de morte no país na população feminina. A cada ano temos em média 4.800 vítimas fatais e 18.430 novos casos.²

A partir das técnicas de rastreamento, que são realizadas através do exame de Papanicolaou, é feito o diagnóstico precoce das lesões de colo uterino, antes que elas se tornem invasivas. Esse exame é o mais efetivo e eficiente a ser aplicado nos programas de rastreamento, essa técnica é usada a mais de 40 anos. Ele consiste na coleta de material citológico do colo do útero, onde é coletada uma amostra da ectocérvice e uma amostra da endocérvice.²

Para realização do mesmo, 48 horas antes do exame, a mulher não deve ter relações sexuais, não fazer uso de duchas íntimas, medicamentos vaginais, anticoncepcionais locais e não estar menstruada, pois a presença de sangue pode alterar o resultado do exame. Em 2000, foi aprovado pela Câmara dos Deputados e enviada ao Congresso Nacional o Projeto da um dia para o Papanicolau, que dá o direito uma vez por ano, a mulher trabalhadora da empresa pública ou privada, realizar o exame de Papanicolau.³

Em 1988, foi realizada pelo Ministério da saúde, uma Reunião de Consenso, e foi estabelecido que no Brasil a prioridade do exame cito patológico nas mulheres, seria de 25 a 60 anos e uma vez por ano, e após dois exames consecutivos anuais, com o resultado negativo, seria realizado apenas a cada três anos. Deve ser levado em consideração nas mulheres que realizam o exame de preventivo, os fatores de risco, a frequência da realização do exame e o resultado dos exames anteriores.⁴

Nesta perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como um importante dispositivo para a disseminação das técnicas de rastreio deste câncer, pela possibilidade de captação das usuárias diretamente no núcleo familiar. A APS possui uma dinâmica de trabalho através de equipes multiprofissionais com um território e população adscrita, o que pode facilitar a captação precoce das mulheres e, por sua vez, a detecção mais eficaz deste câncer⁵

Todavia, tem-se observado que inúmeras barreiras podem dificultar o acesso destas mulheres às técnicas de rastreio do câncer, mesmo com as ações da APS, haja vista que o exame de rastreio ainda não costuma ser realizado com regularidade. As barreiras que dificultam a realização, em geral, são mediadas pelas crenças em saúde, dadas pela maneira como as mulheres se portam frente a seus problemas, a saber: a percepção da vulnerabilidade e da gravidade da doença, bem como dos benefícios e das barreiras associadas ao exame. Entende-se que o conhecimento que as mulheres possuem sobre a doença e o exame, bem como a atitude em relação a doença também podem auxiliar na realização dos testes de detecção.⁶

Desta forma, tem-se como questão norteadora do estudo: Qual é o perfil de utilização dos serviços primários de rastreio do câncer do colo do útero? Nesta perspectiva, o objeto deste artigo trata da utilização dos serviços primários de rastreio da doença; e o objetivo: determinar o perfil de utilização dos serviços primários de rastreio do câncer do colo do útero, em mulheres de 20 a 59 anos, no município de Paracambi (RJ).

Desta forma, pela possibilidade de investigação de um cenário inexplorado em relação a temática, bem como pelas razões clínicas e epidemiológicas do câncer de colo uterino, pela necessidade de operacionalização da prevenção e do tratamento, pela identificação da relação entre prática do rastreio oncológico de cérvix uterina e a utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) e por servir de suporte para futuras pesquisas na área, justifica-se a realização deste trabalho.

MÉTODOS

Na medida em que se pretende analisar o conhecimento e as práticas relacionadas à prevenção secundária do câncer do colo do útero, optou-se por um estudo observacional, do tipo transversal, a partir de entrevistas face-a-face com uma amostra

de mulheres que frequentam uma determinada unidade de saúde do município de Paracambi.

O município de Paracambi foi eleito como cenário do estudo por ser um território de 179,374 km² e uma população de 47.074 habitantes. O município está situado entre a Baixada Fluminense e a Serra do Mar do Estado do Rio de Janeiro. Ele possui quatro unidades básicas de saúde, oito unidades cadastradas no programa de saúde da família (PSF) e um Hospital Municipal, onde tem-se o atendimento de emergência e a realização da maioria dos exames. Em todas as unidades básicas e nos PSFs são realizados os exames de papanicolau, sempre coletados por enfermeiras. São realizados em cada posto em média 20 exames por semana, onde em 2009 tiveram um total de 3119 exames realizados. Desta forma, elegeu-se uma unidade de saúde da família, na região central do município, tendo em vista os seguintes critérios: tempo de implantação, volume de atendimento e práticas regulares de educação em saúde.

A Unidade de Saúde da Família eleita para a pesquisa possui uma média de 2500 mulheres entre 20 e 59 anos cadastradas. O tamanho amostral foi constituído por 151 sujeitos, de acordo com os seguintes critérios de seleção: a) ser mulher na faixa etária entre 20 e 59 anos; b) acessar a unidade de saúde no período do estudo; c) desejar participar do estudo. Este cálculo foi realizado com auxílio do programa *Epiinfo 3.5.1.*, considerando uma taxa de erro de 5% e assumindo uma prevalência do evento de 40%.

As entrevistas foram realizadas pelos próprios autores do trabalho, após a realização de um estudo piloto, na mesma região da pesquisa, porém em outra unidade de saúde da família. A aplicação dos instrumentos ocorreu no período de outubro a novembro de 2011. A abordagem dos sujeitos ocorreu na sala de espera dos atendimentos médicos e de enfermagem durante o período selecionado para a entrevista.

O instrumento de coleta foi composto por módulos com itens da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, dos critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, do “Questionário Individual Tipo A” utilizado no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não-Transmissíveis, e do instrumento intitulado “Conhecimento, atitudes e prática de pacientes frente aos métodos de rastreamento de câncer de mama”.

Para a realização da análise dos dados, foi criado um banco de dados informatizado no software *Excel 2007*, a fim de sistematizar os resultados das

entrevistas. Posteriormente, foi realizada a limpeza, processamento e análise estatística destes dados com o auxílio do software *Stata 10 SE*. Uma análise descritiva foi utilizada para estimar as prevalências, com os respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) calculados pelo método binomial exato. O teste exato de *Fisher* foi utilizado para avaliar a significância estatística das associações de variáveis, considerando significantes o p-valor menor que 0,05 e limítrofe entre 0,05 e 0,1.

Visando atender a Resolução 196/96, que versa sobre pesquisas em Seres Humanos, o presente projeto foi submetido e aprovado (CAAE 1947.0.000.308-11) pelo Comitê de Ética de um Programa de Pesquisa no qual o professor responsável pelo projeto também está vinculado. Em todas as entrevistas foram utilizados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, objetivando o esclarecimento das dúvidas sobre o estudo, os respectivos objetivos e garantindo o anonimato das respondentes.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas de uma amostra de 155 mulheres. Observa-se que a faixa etária estudada encontra-se distribuída homogeneamente em três dos quatro estratos selecionados, tendo predomínio nas mulheres de 20 a 39 anos (63.8%). Percebe-se o predomínio de mulheres brancas (39.3%; IC 95%: 31.5/47.1) e parda (38.0%; IC 95%: 30.3/45.7), com tempo de estudo até 8 anos (57.2%), com companheiros fixos (86.4; IC 95%: 81.0/91.8) e classe econômica C (56.7%; IC 95%: 48.8/64.6).

Tabela 1. Características sócio-demográficas de uma amostra de mulheres que freqüentam uma unidade de saúde da família do município de Paracambi (RJ), 2011 (n=155)

Variáveis	Frequência (IC 95%)
Faixa etária	
De 20 a 29 anos	32.2 (24.8/39.6)
De 30 a 39 anos	31.6 (24.2/39.0)
De 40 a 49 anos	24.51 (17.6/31.3)
De 50 a 59 anos	11.6 (6.5/16.7)
Etnia	
Branca	39.3 (31.5/47.1)
Preta	11.6 (6.5/16.7)
Parda	38.0 (30.3/45.7)
Amarela / Indígena	10.9 (5.9/15.9)
Tempo de Estudo	
Nenhuma	1.2 (0/3.0)

Até 4 anos	12.2 (7.0/17.4)
De 5 a 8 anos	43.8 (35.9/51.7)
De 9 a 11 anos	14.8 (9.1/20.4)
Mais de 11 anos	27.7 (20.6/34.8)
Estado civil	
Sem companheiro	13.5 (8.1/18.9)
Com companheiro	86.4 (81.0/91.8)
Classe econômica	
A	1.2 (0/3.0)
B	30.3 (23.0/37.6)
C	56.7 (48.8/64.6)
D	10.3 (5.4/15.1)
E	1.2 (0/3.0)

A Tabela 2 apresenta o histórico e as práticas de prevenção secundária da colpocitologia oncótica. Observa-se que 9.0% (IC95%: 4.4/13.5) das mulheres apresentaram histórico de câncer do colo uterino em familiares. Quanto à realização do exame, 98.0% (IC95%: 98.0/100.0) das mulheres o realizaram ao menos uma vez na vida, tendo o espaço intervalar entre os procedimentos de menos de 1 ano (56.1%; IC95%: 48.2/64.0). Grande parte destas mulheres utilizou o Sistema Único de Saúde (70.3%; IC95%: 63.0/77.5) para sua realização e obtenção de informações sobre a prevenção da doença. Os principais canais de informação sobre a doença e o exame foram as unidades de saúde/escolas e os amigos e parentes.

Tabela 2. Histórico e práticas relacionadas a realização da colpocitologia oncótica uma amostra de mulheres que freqüentam uma unidade de saúde da família do município de Paracambi (RJ), 2011 (n=155)

Variáveis	Frequência (IC 95%)
CCU na família	9.0 (4.4/13.5)
Histórico de colpocitologia oncótica na vida	98.0 (95.8/100.0)
Último exame colpocitológico	
Menos de 1 ano	56.1 (48.2/64.0)
Entre 1 e 3 anos	36.7 (29.0/44.4)
De 3 a 5 anos	7.0 (3.0/11.1)
Quantidade de exames no último ano	
1 exame	74.8 (67.9/81.7)
2 ou mais exames	25.1 (18.2/32.0)
Utilização do SUS no último exame	70.3 (63.0/77.5)
Principais meios de informação sobre o exame	
Amigos e parentes	29.0 (21.8/36.2)
Unidades de Saúde e Escolas	50.3 (42.3/58.2)
Outros meios	20.6 (14.2/27.0)

A Tabela 3 apresenta o perfil de utilização do SUS para realização do exame colpocitológico. Observou-se significância estatística nas seguintes associações: faixa etária ($p=0.010$), tempo de estudo ($p=0.016$), situação conjugal ($p=0.075$) e classe econômica ($p=0.092$). Já na Tabela 4, pode-se observar a associação dos canais de informação sobre o exame por subgrupos estudados. As variáveis situação conjugal e utilização do SUS foram estatisticamente significantes para as associações ($p=0,50$; e $p=0.005$).

Características sócio-demográficas	Utilização do Sistema Único de Saúde	
	Não	Sim
Faixa etária		
De 20 a 29 anos	46.00	54.00
De 30 a 39 anos	28.57	71.43
De 40 a 49 anos	18.42	81.58
De 50 a 59 anos	11.11	88.89
<i>Valor p</i>	0.010	
Etnia		
Branca	27.87	72.13
Preta/Parda	31.17	68.83
Amarela / Indígena	29.41	70.59
<i>Valor p</i>	0.936	
Tempo de estudo		
Nenhum	50.00	50.00
Até 4 anos	10.53	89.47
De 5 a 8 anos	30.88	69.12
De 9 a 11 anos	13.04	89.96
Mais de 11 anos	44.19	55.81
<i>Valor p</i>	0.016	
Situação conjugal		
Sem companheiro	14.29	85.71
Com companheiro	32.09	67.91
<i>Valor p</i>	0.075	
Classe econômica		
A/B	40.82	59.18
C	26.14	73.86
D/E	29.68	83.33
<i>Valor p</i>	0.092	

Tabela 4. Associação dos canais de informação sobre o exame de colpocitologia oncológica e variáveis sócio-econômicas de uma amostra de mulheres que freqüentam uma unidade de saúde da família do município de Paracambi (RJ), 2011 (n=155)

Variáveis sócio-demográficas	Canal de informações		
	Amigos e parentes	Unidade de saúde e escola	Outros
Faixa etária			
De 20 a 29 anos	42.00	40.00	18.00
De 30 a 39 anos	26.53	51.02	22.45
De 40 a 49 anos	18.42	63.16	18.42
De 50 a 59 anos	22.22	50.00	27.78
<i>Valor p</i>		0.267	
Etnia			
Branca	39.34	39.34	21.31
Preta/Parda	25.7	54.55	19.48
Amarela / Indígena	5.88	70.59	23.53
<i>Valor p</i>		0.050	
Tempo de estudo			
Nenhum	-	50.00	50.00
Até 4 anos	26.32	47.37	26.32
De 5 a 8 anos	30.88	54.41	14.71
De 9 a 11 anos	17.39	60.87	21.74
Mais de 11 anos	34.88	39.53	25.58
<i>Valor p</i>		0.483	
Situação conjugal			
Sem companheiro	23.81	47.62	28.57
Com companheiro	29.85	50.75	19.40
<i>Valor p</i>		0.643	
Classe econômica			
A/B	36.73	36.73	26.53
C	27.27	55.68	17.05
D/E	16.67	61.11	22.22
<i>Valor p</i>		0.177	
Utilização do SUS			
Não	41.30	30.43	28.26
Sim	23.85	58.32	20.65
<i>Valor p</i>		0.005	

DISCUSSÃO

Muitos autores vêm se referindo a utilização da cobertura da colpocitologia oncológica como um importante indicador de qualidade da Atenção Primária à Saúde, uma vez que sua disseminação na população feminina com idade entre 25 e 60 anos deve ser ampla e sistemática. A realização do exame está indicada a cada três anos, após dois resultados negativos e subsequentes para o câncer, com um espaço intervalar de um ano, nesta faixa etária.⁷⁻⁹

Embora o Brasil ainda encontre grandes dificuldades para reduzir a incidência e a mortalidade desta neoplasia, espaços criados pela Estratégia de Saúde da Família parecem fortalecer as ações de combate a este agravo. Assim como no município de Paracambi, outros estudos tem demonstrado que a cobertura do exame vem sendo ampliada, como nos estudos realizados em Nova Iguaçu(RJ)^{5,6,10}, Patos de Minas(MG)¹¹ e Amparo (SP)¹² cuja proporção de mulheres que tiveram acesso a esta prática foi superior a 80%.

Outro ponto que deve ser analisado com maior cautela é a quantidade de exames por ano e o intervalo entre os procedimentos, pois como não existe contra indicação de repetidas coletas de amostras cervicais em espaços inferiores há um ano e, com isso, muitas mulheres (cerca de 80% da amostra estudada) vêm realizando o exame fora do período recomendado. Este achado também foi observado em estudos realizados em Nova Iguaçu(RJ)^{5,6} e em outras realidades, como Uberaba(MG)¹³ e Pernambuco(BA)¹⁴.

Acredita-se, porém, que outras mulheres, as que não são contempladas pelos serviços de saúde da família, poderiam estar usufruindo do procedimento caso fosse permitido o acesso. De fato esta recomendação iria de forma contrária as normativas da Política Nacional de Atenção Básica⁴ que prevê a adscrição de um território. Todavia, acredita-se que uma medida compensatória para a cobertura da Atenção Primária aquém ao esperado parece ser imperativa. No Brasil, existe uma grande variância na cobertura da Estratégia de Saúde da Família, com 41,1 % na região Nordeste e 6,8 % da região Centro-Oeste.

Evidenciou-se que a população mais velha utiliza mais o SUS para o exame colpocitológico. Os programas de envelhecimento sadio e outras práticas de inclusão são de grande importância para a população, principalmente para as mulheres a partir de 40 anos, onde no final da década de 90 a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de envelhecimento ativo, onde esse conceito busca incluir os cuidados com a saúde do idoso e outros fatores que alteram o envelhecimento, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida a medida que as pessoas ficam mais velhas, favorecendo a prática de atividade física, a prevenção de situações de violência domiciliar, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo ao tabaco.¹⁵ O processo de envelhecimento implica em alterações nos mecanismos de produção de energia no organismo, que tornam o idoso mais vulnerável ao surgimento do câncer. O risco do idoso desenvolver uma neoplasia maligna é cerca de 11 vezes maior do que

uma pessoa com idade inferior.¹⁶ Porém, na unidade onde foi realizado a atual pesquisa, ainda não existe nenhum tipo de programa voltado para população idosa.

A situação conjugal de casada ou amasiada também foi apontada como um aspecto relacionado a realização do exame colpocitológico no SUS, contrariando alguns achados que demonstram que as mulheres que não possuem um parceiro fixo geralmente buscam mais o exame.⁵ O estudo também evidenciou que mulheres não-brancas utilizaram mais os canais de informação dos serviços públicos de saúde. Uma possível explicação para este fenômeno se deve a maior concentração das usuárias do SUS serem de cor preta/parda.

Conforme esperado, observou-se uma relação quase que linear em relação às classes econômicas e a utilização do SUS. Evidenciou-se que quanto menor a classe social, maior a utilização do serviço pelo SUS. Este fenômeno também foi observado por outros autores, quando investigaram os seguintes constructos: hipertensão arterial¹⁷, pré-natal¹⁸ e HIV¹⁹.

Dentre as possíveis explicações para esta ocorrência é o entendimento das equipes de Saúde da Família sobre o princípio da equidade. Obviamente, os estratos sociais devem ser favorecidos na implantação dos serviços e na massificação das ações de saúde, desde que os demais estratos não sejam excluídos do envolvimento das estratégias de saúde.²⁰ Acredita-se que a necessidade da consolidação e ampliação da Atenção Primária por meio da Estratégia de Saúde da Família esteja mais do que comprovada, porém ainda reside uma imagem social de que a Estratégia é uma “medicina pobre para pobre”. Entende-se que a mudança deste perfil requeira atitudes de envolvimento das demais camadas sociais com vistas a uma maior participação social, como no caso do Movimento Sanitário, na década de 70; que envolveu todas as classes sociais para as reivindicações sobre o sistema de saúde.

Nesta perspectiva o câncer de colo de útero se configura como um importante problema de saúde pública, principalmente com a crescente exposição aos fatores de risco e da modificação de hábitos de vida da população.

CONCLUSÃO

Mesmo com as limitações inerentes a pesquisas transversais, este estudo possibilitou a traçar hipóteses explicativas de um constructo amplamente discutido em

um cenário ainda carente de pesquisas e publicações. Uma vez que os dados encontrados neste trabalho apresentaram similaridades com outros cenários já investigados, acredita-se que estes achados possam ser generalizados para outros territórios que possuam semelhanças contextuais as do município pesquisado.

O estudo permitiu identificar que as mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família possuem maior facilidade de acesso na utilização dos serviços de rastreio e detecção precoce do câncer do colo do útero. A idade, a escolaridade, a situação conjugal e classe econômica das usuárias também parecem mediar o processo sistemático de rastreio, bem como sua realização no SUS. Os veículos de comunicação utilizados para obtenção de informações sobre esta neoplasia também parecem sofrer influências destes estratos, uma vez que as escolas e as unidades públicas de saúde são preteridas para esta prática por mulheres pretas e pardas.

Acredita-se, portanto, que a Estratégia de Saúde da Família vem cumprindo seu papel de formação de vínculo com a comunidade, bem como de disseminação de práticas preventivas e promotoras de saúde. Todavia, o retrato realizado demonstrou a necessidade de envolvimento dos demais estratos sociais, a fim de garantir o princípio da equidade de acesso e ganhar mais espaços de discussão e de confiança na sociedade como um todo, visando a consolidação das práticas do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer de colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 1996. [citado em: 23 de setembro de 2011]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao
2. Ayres ARG, Silva GA. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. Rev saúde pública. 2010;44(5):963-74.
3. Pinho AA, França IJ. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. Rev brasileira de saúde materno infantil. 2003[acesso em 23 de setembro de 2011]; 3(1):95-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a12v03n1.pdf>

4. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e mama. Brasília: 2006. [citado em 23 de setembro de 2011]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd13.pdf
5. Rafael RMR, Moura ATMS. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da saúde da família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. de Saúde Pública. 2010; 26(5):1045-1050.
6. Rafael RMR, Costa FS, Oliveira AR, Nascimento RMS. Conhecimento e práticas de usuários sobre o exame de papanicolau na estratégia de saúde da família. Revista de Enfermagem UFPE On Line. 2011; 5(1): 75-82.
7. Mendonça VG, Guimarães MJB, Filho JLL, Mendonça CG, Martins DBG, Crovella S, Alencar LCA, et al. Infecção cervical por papilomavirus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero. Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. 2010; 32(10):476-485.
8. Ushimura NS, Nakano K, Nakano LCG, Ushimura TT. Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo do uterino. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(5):569-74.
9. Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS, Silva LCM, Brito AML, Azevedo JWV, et al. Conhecimentos, atitudes e práticas do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. Revista de saúde pública. 2009; 43(5):851-858.
10. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: um revisão sistemática da literatura. Caderno de saúde pública. 2005;27(8):485-92.
11. Queiroz AMA, Cano AMT, Zaia JE. O papiloma virus humano(HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, da cidade de Patos de Minas-MG. RBAC. 2007; 39(2): 151-157.
12. Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. Caderno de saúde pública. 2010; 26(2): 383-390.

13. Valente CA, Andrade V, Soares MBO, Silva SR. Conhecimento de mulheres sobre o exame de papanicolaou. Revista da escola de enfermagem da USP. 2009; 43(2):1193-1198.
14. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLTA, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o programa de prevenção de cancer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. Caderno de saude publica. 2009; 25(2): 301-309.
15. Ministerio da saúde. Envelhecimento e saude da pessoa idosa. Brasilia: 2006. [citado em 28 de setembro de 2011] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf
16. Yancik R, Ries LAG. Aging and cancer in America. Hematol Oncol Clin North Am, 2000;14(1):17-23.
17. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensao arterial em idosos: prevalencia, fatores associados e práticas de controle no Municipio de Campinas, São Paulo, Brasil. Caderno de Saude publica. 2006; 22(2): 285-294.
18. Chalen E, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescencia: perfil socio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Caderno de saude publica. 2007; 23(1): 177-186.
19. Brunello MEF, Neto FC, Arcêncio RA, Andrade RLP, Magnabosco GT, Villa TCS. Áreas de vulnerabilidades para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirao Preto, SP. Revista de saude publica. 2011; 45(3): 556-563.
20. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS – Boletim do Instituto de Saúde(Impresso). 2010; 12(2): 109-114.