

INFLUÊNCIA DO GÊNERO DO PROFISSIONAL NA PERIODICIDADE DO EXAME PAPANICOLAU

The influence of the professional's gender in the periodicity of Pap Test

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Investigar a influência do gênero profissional na periodicidade do exame Papanicolau. **Métodos:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no período de setembro a novembro de 2008, com 83 usuárias da Estratégia Saúde da Família de Caio Prado, Itapiúna-Ceará, que estavam com o exame Papanicolau em atraso. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada e organizados conforme a Análise de Conteúdo: (1) Gênero profissional e a periodicidade do Papanicolau e (2) Exame que causa dor e medo. **Resultados:** Observou-se que 67 (80,72%) tinham idade entre 25 e 59 anos, 52 (62,62%) eram casadas, 65 (78,31%) possuíam ensino fundamental, 45 (54,22%) eram agricultoras e 49 (59,04%) recebiam menos de um salário mínimo. Grande parcela das usuárias referiu sentimento de vergonha pelo examinador do sexo masculino como motivo para irregularidade na periodicidade do Papanicolau. Em menor escala, o motivo apontado foi considerar este um exame que causa dor e medo. **Considerações Finais:** As usuárias nos informaram ser a presença do profissional do gênero masculino uma forte influência para irregularidade na periodicidade do exame de Papanicolau nesta unidade de saúde. Ainda que em menor extensão, a experiência prévia negativa com este exame e não a questão de gênero profissional tem sido apontada como motivo para a não realização periódica da citologia oncológica.

Descritores: Gênero e Saúde; Periodicidade; Exame de Papanicolau.

ABSTRACT

Objective: To assess the influence of the professional's gender in the regularity of the Pap test. **Methods:** A descriptive study, with a qualitative approach, held in the period of September to November, 2008 with 83 users of the Family Health Strategy of Caio Prado, Itapiúna-Ceará, who had Pap test in delay. The data were collected through a semi-structured interview and organized according to the Content Analysis: (1) Professional gender and the periodicity of Pap test and (2) Test that causes pain and fear. **Results:** It was observed that 67 (80.72%) were between 25 and 59 years, 52 (62.62%) were married, 65 (78.31%) had primary education, 45 (54.22%) were farmers and 49 (59.04%) earned less than minimum wage. Most users reported feelings of shame by male examiners as a reason for irregularity in the frequency of Pap test. On a smaller scale, the reason pointed out was to consider this a test that causes pain and fear. **Final Considerations:** The users reported that the presence of a male professional was a strong influence to irregularity in the frequency of Pap test in this health unit. Albeit to a lesser extent, prior negative experience with this exam and not the professional's gender issue has been implicated as a reason not to perform periodic cytology.

Descriptors: Gender and Health; Periodicity; Pap test.

Luis Rafael Leite Sampaio⁽¹⁾
Maria Albertina Rocha
Diógenes⁽²⁾
Roberta Jeane Bezerra Jorge⁽¹⁾
Francisco Antonio da Cruz
Mendonça⁽³⁾
Lucijane Leite Sampaio⁽²⁾

1) Universidade Federal do Ceará (UFC) -
Fortaleza (CE) - Brasil

2) Universidade de Fortaleza (UNIFOR) -
Fortaleza (CE) - Brasil

3) Faculdades Nordeste (FANOR) -
Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 30/07/2009

Revisado em: 19/02/2010

Aceito em: 11/03/2010

INTRODUÇÃO

Estimativa global sugere que há 493.000 casos novos do carcinoma diagnosticado anualmente. Quase 85% destes casos ocorrem nos países de baixa renda, respondendo por 15% de todos os cânceres em mulheres⁽¹⁾. Mundialmente, o câncer cervical mata 231.000 mulheres anualmente. Provavelmente, 3 a 7 milhões de mulheres no mundo inteiro tenham displasia em alto grau⁽²⁾.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que o número de casos novos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil no ano de 2010 será de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (23/100.000). As regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000) ocupam a segunda posição mais frequente e nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000), a terceira posição⁽³⁾.

Para o ano de 2010, no Ceará, estima-se a ocorrência de 1.030 casos novos de câncer de colo de útero, sendo que, destes novos casos para o estado, espera-se a ocorrência de 260 só em Fortaleza⁽³⁾.

Sabe-se que o rastreamento da população para o câncer cervical, através do exame de Papanicolau, reduz significativamente a incidência de carcinoma cervical e a taxa de mortalidade em países de renda elevada. Em contrapartida, o carcinoma cervical permanece um problema de saúde importante em países com renda baixa, por causa da falta de tais programas de controle⁽¹⁾.

Em decorrência do cenário epidemiológico expresso, surgiu o Pacto pela Vida, denominado como compromisso entre os gestores estaduais e municipais, em torno das prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. No conjunto de prioridades estabelecidas está o controle do câncer de mama e de colo de útero⁽⁴⁾.

Deste modo, almeja-se que, após a implementação do Pacto pela Vida, possa haver a redução do número de casos novos de câncer de colo uterino e, também, futuros óbitos. Para que isso aconteça, deve-se voltar a atenção para os fatores que influenciam na adesão às práticas preventivas de saúde, em especial a regularidade do exame Papanicolau, que se configuram como elementos importantes no rastreamento dessa patologia e as medidas que favorecem a detecção precoce.

A periodicidade de realização do exame preventivo do colo do útero, estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 1988, permanece atual e está de acordo com as recomendações dos principais programas internacionais.

O exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Essa recomendação apóia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta em direção a uma doença mais grave⁽⁵⁾.

Estima-se que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por esse câncer pode ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolau e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*. Para tanto, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes⁽³⁾.

Observa-se que a periodicidade da realização do exame de prevenção é um evento em saúde que está entrelaçado numa multiplicidade de fatores culturais, sociais e políticos que podem contribuir ou não para a efetivação do programa de saúde da mulher nos diversos níveis de atenção e promoção da saúde, em especial na atenção básica⁽⁶⁻⁹⁾.

Tendo por base uma análise retrospectiva dos prontuários das mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Caio Prado no município de Itapiúna-CE, observou-se que várias mulheres atendidas nesta unidade de saúde não compareceram para realizar o exame preventivo periodicamente. Fato este que levou os estudiosos deste trabalho a se questionarem acerca da possibilidade de haver influência entre a irregularidade do exame Papanicolau e o episódio de nos últimos anos só terem trabalhado neste serviço de saúde profissionais do sexo masculino, conforme nos informou a secretaria de saúde deste município.

Com base neste contexto, objetivou-se com este levantamento científico conhecer a influência do gênero profissional na periodicidade do exame de Papanicolau.

MÉTODOS

O presente estudo, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, pretendeu tecer significados para os motivos individuais e subjetivos apontados pelos sujeitos da pesquisa sobre a influência do gênero masculino na realização periódica do exame Papanicolau.

A pesquisa foi desenvolvida na ESF de Caio Prado, no município de Itapiúna-CE, no período de setembro a novembro de 2008. Esta unidade oferece atendimento pelos programas em saúde da família à população na própria unidade ou em domicílio.

A seleção das participantes ocorreu através de análise documental dos 600 prontuários cadastrados no período de 1997 (início do funcionamento da ESF) a 2007, envolvendo a saúde da mulher no serviço de ginecologia. Tiveram como critérios de inclusão residir na sede do distrito de Caio Prado e ter realizado pelo menos uma colpocitologia, mas não terem retornado no período recomendado para a realização do próximo exame. Entende-se haver diferenças entre a população da zona urbana e rural de Caio Prado. Por isto, esta população será contemplada em uma próxima pesquisa.

Dentre as 243 usuárias encontradas em situação de irregularidade quanto à periodicidade do exame cervical, 129 residiam na zona rural, sendo excluídas, e 114 habitavam na zona urbana. Destas 114 candidatas ao estudo, duas tinham problemas mentais, 25 haviam se mudado para localidades distantes e quatro não foram localizadas. Portanto, 31 mulheres não incluídas. Dessa forma, os sujeitos foram 83 mulheres com semelhanças sociais, econômicas e educacionais, independente de raça, idade, religião ou situação conjugal e todas aceitaram participar deste estudo.

Para obtenção dos dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada contemplando dados sociodemográficos e uma questão norteadora: Por que você não compareceu ao ESF de Caio Prado para realizar sua próxima prevenção de câncer ginecológico? Antes do processo de coleta de dados, contudo, realizou-se uma apresentação sucinta da pesquisa aos sujeitos participantes do estudo, convidando-os a fazerem parte da presente pesquisa. Receberam informação sobre a necessidade de terem o seu consentimento por escrito para a entrevista e gravação das respostas.

Vale ressaltar que realizou-se a coleta de dados no domicílio de cada usuária, na hora e data que lhe era mais conveniente, a fim de proporcionar o empoderamento das mesmas sobre os motivos da não realização periódica do exame tornando, desta forma, as respostas mais fidedignas, já que elas não sofreram influência de outros ambientes que não fossem o domiciliar. Deste modo, na tentativa de cultivar um envolvimento compreensivo, fez-se questão de frisar por ocasião do encontro a intenção reflexiva e não punitiva por parte do pesquisador. Percebeu-se, então, que tal tentativa de aproximação com os sujeitos entrevistados favoreceu um diálogo mais rico, possibilitando que falassem com mais segurança sobre o tema proposto.

Em seguida, analisaram-se os dados coletados segundo o referencial metodológico da Análise de Conteúdo⁽¹⁰⁾, sendo encontradas duas categorias temáticas: (1) Gênero profissional e a periodicidade do Papanicolau e (2) Exame que causa dor e medo.

Em relação aos aspectos éticos e legais da pesquisa, esta foi realizada mediante autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – Coética / UNIFOR, sob parecer N°. 411/08, a fim de atender às diretrizes e normas regulamentadoras do Conselho Nacional de Saúde com pesquisas envolvendo seres humanos⁽¹¹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização Sociodemográfica

Em relação aos dados sociodemográficos, dentre as 83 mulheres entrevistadas, observou-se que 67 (80,72%) tinham idade entre 25 e 59 anos, 52 (62,62%) eram casadas, 65 (78,31%) havia concluído apenas o ensino fundamental, 69 (83,13%) são católicas, 45 (54,22%) são agricultoras e 49 (59,04%) recebiam menos de um salário mínimo.

A seguir, apresenta-se a descrição das categorias temáticas:

Gênero profissional e a periodicidade do Papanicolau

O sentimento de vergonha incita a ideia ou o receio da desonra⁽¹²⁾. Nesse sentido, para a mulher representa o medo de ser classificada a alguma categoria que possa depreciá-la. Fato este que ficou evidenciado na fala da entrevistada:

“A última vez que fiz foi até com a doutora, mas depois entrou só homem, homem. Mas é o jeito vim. Mas a gente fica com vergonha do órgão da gente (U3),”(U6).

Este relato demonstra o medo de expor-se como conseqüente relação de inferioridade e impotência. Quando o examinador é do sexo masculino, pode deixar as mulheres retraídas e envergonhadas, representando, também, não só uma barreira para realizar o exame preventivo como para dar continuidade à assistência, levando-as a procurarem atendimento profissional somente em caso de manifestação de sintomas, o que põe em risco a saúde das mulheres que preferem ficar sem fazer o exame:

“Não voltei com seis meses porque era homem (U14), (U22). Sou obrigada a fazer com homem, aí eu me esqueço e só faço quando estou sentido alguma coisa (U3).”

Deve-se levar em consideração, também, o fato de muitas pessoas serem extremamente tímidas, independente da circunstância em que se encontram e, é claro que, nesta situação, a timidez tende a aumentar muito. Então, o atendimento dessas pessoas requer maior sensibilidade e compreensão. Esse sentimento de vergonha exacerbado dificulta a realização do exame, pois a mulher não consegue relaxar, e isto pode fazer com que esse exame torne-se mais doloroso, devido à contração da musculatura pélvica⁽¹³⁾.

Em relação ao gênero examinador na exposição do corpo, mulheres referiram sentir vergonha quando homens as examinam, considerando ser melhor quando o exame é feito por uma mulher. Supõe-se que no exame ginecológico realizado por mulheres há maior relação de igualdade:

“Quando o profissional que fazia era enfermeira, todos os anos eu fazia. Mas quando mudou para homem, eu deixei de vir por causa do constrangimento (U2).

“Quando eu morava aqui, eu fazia com um enfermeiro. Aí fui para outra cidade. Quando voltei estava outro enfermeiro. Aí já não vim porque tava com vergonha (U18).”

Essa situação fica mais evidente com o seguinte relato:

“Fiz com uma enfermeira. Depois que ela saiu, aí só veio enfermeiro homem. Aí as mulheres geralmente têm cerimônia de fazer prevenção com homem. Com a mulher a gente fica mais à vontade e com homem não. A mulher fica acanhada (U12).”

Estas falas relatam a preferência pelo profissional do sexo feminino para a realização do exame, o que leva a crer que as usuárias sentem-se mais seguras em serem atendidas por profissionais do mesmo sexo, podendo compartilhar sentimentos similares e por isso terem uma relação de empatia e confiança bem maiores.

A preferência por examinador do sexo feminino aparece como uma possível conotação de cumplicidade entre seres assemelhados, portadores de uma mesma anatomia e talvez com as mesmas vivências de ocultamento do corpo, ou seja, de quem se pode esperar compreensão. No exame feito por um profissional homem, a mulher precisa lidar com as relações de poder masculino sobre o feminino já vistas neste estudo, ao permitir o exame do seu corpo⁽¹⁴⁾.

Durante a consulta ginecológica, adota-se o decúbito dorsal, com as pernas fletidas e afastadas, para que o profissional da saúde possa visualizar a vagina e introduzir o espécuro, um instrumento que funciona como um afastador para as paredes vaginais, a fim de observar o seu interior e visualizar o colo do útero. Neste caso, é preciso que a mulher permita a exposição da sua vulva e a exploração clínica da mesma. Esses procedimentos encadeados podem suscitar lembranças, associações com situações vividas anteriormente, relativas às experiências com a própria sexualidade. Assim, também, as representações adquiridas a esse respeito podem influenciar na decisão das mulheres sobre a prevenção do câncer de colo de útero, por ser considerado um exame constrangedor, independente do gênero do examinador⁽¹⁵⁾. Fato percebido no discurso:

“Não fiz por falta de interesse e porque o exame é feito por homem. Eu não me sinto à vontade nem com mulher quanto mais com homem. Fui fazer com homem e achei horrível. Não foi nem da parte do

enfermeiro, foi da minha parte do escândalo que eu fiz.”

Depois eu fui pensar que escândalo que fiz, fiquei com vergonha, mas já tinha feito. Quando eu for fazer novamente, irei mais bem comportada (U22).

Em outro depoimento, os sentimentos de medo, nervosismo e vergonha, além de serem vivenciados durante a consulta ginecológica realizada por profissional masculino ou feminino, prevaleceram sobre a preocupação com relação à saúde da usuária, que não foi maximizada perante o caso ocorrido de câncer cervical da mãe:

“Depois que a minha mãe teve essa doença, me despertou para fazer o exame. Eu vim fazer até duas vezes. Daí pra cá entra enfermeiro homem. Aí, eu não vim porque tenho vergonha de fazer com homem, morro de vergonha, mas eu tenho vergonha de mulher também que eu vinha à força, com medo, fico nervosa. Eu fico toda suando só em falar (U5).”

Esse relato constata que a história familiar de câncer de colo uterino, mesmo tendo relação com a epidemiologia, embora as mulheres não saibam disto, não reforçou a busca pela realização regular do exame preventivo, tendo em vista que das poucas vezes que esta usuária realizou o exame, o mesmo ocorreu “à força” e acompanhada de experiências negativas, mesmo realizado por profissional do sexo feminino. Essa atitude profissional pode levar à restrição pela busca de cuidados de saúde em geral e específicos, principalmente da consulta ginecológica.

Em estudo realizado na zona urbana de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, a fim de verificar a cobertura de realização do exame preventivo de câncer do colo do útero com 1.026 mulheres de 20 a 60 anos, identificou-se que, apesar da cobertura elevada, os fatores de risco para o câncer de colo uterino não motivaram a realização do exame, sugerindo fatores associados à falta de integralidade da assistência⁽¹⁶⁾.

A experiência adquirida ao longo da vida, chamada de bagagem de conhecimentos disponíveis⁽¹⁷⁾, faz com que as pessoas se preservem diante da equipe de saúde, pois acreditam que a equipe não entenderia o seu sentimento de vergonha, principalmente quando o examinador é do sexo masculino. Esta atitude preservada faz com que ela tenha medo de não ser respeitada como usuária, evitando, assim, a invasão da sua privacidade.

Os relatos das usuárias demonstraram, ainda, a vergonha do fato do profissional masculino continuar a desenvolver suas ações na unidade de saúde próximo da residência dessas usuárias:

“Toda vida vinha. Adiei porque era homem. Tenho vergonha dele. Passo no posto e vejo ele. (U5, U10). Não tenho coragem de fazer com o enfermeiro, não.

Vou mentir não! A gente já é conhecida, fico com vergonha (U11)."

Como, geralmente, esses trabalhadores em saúde tornam-se conhecidos e prováveis referências nas comunidades locais, para a mulher pode significar algo ameaçador, pois, para ela, é difícil compartilhar com outra pessoa de longa permanência nas proximidades, algo que representa sua intimidade e assim prefere não realizar o exame:

"Não fiz aqui, porque com o enfermeiro fica meio esquisito e sempre fiz com a enfermeira. E tem muita mulher que diz pra mim: Ai! Eu não vou ficar vindo pra ver a cara desse doutor, pois vou ficar vendo sempre (U19)."

A usuária, no momento do exame, ao ficar sob o olhar do profissional, tem a sensação de expor suas intimidades e segredos que, para a mulher, precisam ser resguardados, como se pode ver no relato:

"Se eu fizer a prevenção com o enfermeiro daqui, a gente vai ficar despida na frente dele e ele vai ver tudo. E quando termina o exame e você fica olhando para cara dele, e eu vou embora, quando for no outro dia preciso ir no posto, tá lá o enfermeiro e com que cara vou olhar para ele, se viu tudo meu (U12)."

Os profissionais de saúde do sexo masculino que atuam na Estratégia Saúde da Família e que necessitam realizar a coleta citológica precisam enfatizar, constantemente, sua postura ética e, principalmente, o respeito e seriedade com que desenvolvem não só esta prática ginecológica junto às usuárias, como as demais atividades oferecidas aos clientes que frequentam a unidade de saúde. Desenvolve-se, desta forma, uma relação terapêutica fundamentada na confiança e naturalidade que algumas práticas de saúde exigem. Vale ressaltar que as atividades de educação em saúde são indispensáveis nessa tarefa de desmistificar o papel masculino na realização da consulta ginecológica e na coleta do esfregaço vaginal.

Estudos prévios investigaram barreiras ao Papanicolau, sugerindo motivos pessoais ou culturais, socioeconômicos ou institucionais⁽¹⁸⁾. Neste sentido, é necessário que o profissional masculino tenha ciência de que avaliações da consciência, do conhecimento básico, e das atitudes sobre o câncer cervical são exigidos para eficácia de um programa de prevenção do colo uterino⁽¹⁹⁾.

Exame que causa dor e medo

Durante o exame ginecológico, faz-se necessário expor a genitália da cliente. Procedimento este que causa vergonha, constrangimento e medo, criando tabus e preconceitos que afastam as mulheres do exame:

"Eu não vinha porque eu tenho medo de fazer o exame. Só fiz com uma peleja muito grande (U26)."

Geralmente, o exame de Papanicolau é indolor desde que a mulher não esteja tensa, não apresente enfermidades que lesem o epitélio vaginal e o profissional de saúde utilize o espéculo do tamanho e com técnica adequada. Quando estes princípios não são respeitados, a cliente apresenta a consequência destes atos como motivo para o não retorno que o medo proporciona:

"Não vim mais com medo de fazer. Uma vez que eu fiz com o ginecologista, eu achei que eu senti muita dor. Ai eu fiquei com medo de fazer (U09)."

Por medo de repetir a experiência negativa que levou ao sangramento:

"Não quis mais fazer porque deu trabalho. Fui fazer, aí sangrou. Aí e fiquei com medo de fazer (U04). Ou medo da dor por ter sofrido alguma lesão na vagina: Tinha um cisto na vagina, por isso não vim porque iam colocar um aparelho na minha vagina, aí não podia não é, ia ficar toda machucada, mal sentava, mal fazia as coisas dentro de casa que eu não aguentava de dor, passei bem um ano assim, é porque eu morria de medo de me rasgarem toda (U76)."

O medo, segundo alguns autores, pode servir como um elemento estimulante à realização do exame ginecológico, devido à crença fatalística perante a doença e do risco inerente ao não cumprimento de atitudes preventivas. Porém, o medo pode acabar levando a um efeito contrário ao que deseja o discurso do risco, tornando-se muito mais um elemento restritivo à realização do teste de Papanicolau, pois vários estudos^(15,20-22) têm mostrado que sentimentos de medo em relação ao teste, à doença, à dor do exame ginecológico e ao recebimento de um resultado positivo são motivos comuns para a não realização periódica deste exame.

Contudo, não se pode desconsiderar o fato do câncer, nas suas diferentes formas, constituir-se hoje numa das mais importantes causas de morte na população mundial. E, muitas vezes, o sentimento de medo relacionado ao câncer em geral e, em particular, ao câncer cérvico-uterino, é criado e perpetuado pelo próprio discurso de risco presente nas campanhas em saúde pública, bem como no campo do atendimento individualizado de assistência, convencendo as usuárias da ameaça e do perigo que correm se não adotarem certos comportamentos ditos preventivos⁽²³⁾.

A fim de minimizar essa situação, o examinador deve expor somente a parte do corpo necessária para a realização do exame, evitar o trânsito desrespeitoso de outros profissionais na sala de exame e encorajá-la, tentando evitar o medo e a vergonha.

Ressalte-se, ainda, a importância de mostrar-lhe os instrumentos e demonstração da técnica, familiarizando-a, desta maneira, com o ambiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As usuárias nos informaram ser a presença, no âmbito profissional, do gênero masculino uma forte influência para irregularidade na periodicidade do exame de Papanicolau na unidade de saúde.

Ainda que em menor escala, a experiência prévia negativa com este exame e não a questão de gênero profissional foi apontada como motivo para não realização periódica da citologia oncótica.

Para demonstração ou invalidação desta hipótese, novas investigações em instituições que ofereçam o Papanicolau e realizado por profissional masculino devem ser realizadas para ratificação dos conceitos externados pelas participantes deste presente estudo.

No entanto, a rejeição pelo gênero oposto na realização da citologia nos emerge à reflexão de que cuidado especial deve ser tomado na formação e (re)educação da postura profissional dos executores homens do Papanicolau, como estratégia no resgate destas usuárias à regularidade na periodicidade recomendada para citologia e como ferramenta potencializadora da capacidade de prevenção do câncer que este exame possui.

Direcionar o olhar para os fatores que influenciam na adesão à regularidade do exame Papanicolau pode promover uma redução do número de casos novos e óbitos por câncer de colo uterino, uma vez que o câncer cervical pode trazer gravíssimas implicações para a saúde das mulheres quando não detectado em fases iniciais e não invasivas, por se tratar de uma doença fatal.

Para que isso aconteça, atenção minuciosa deve ser dada à questão de gênero profissional na política de assistência à saúde da mulher, assim como prosseguimento nos investimentos de pesquisas e ações para o controle do câncer cervical no âmbito da promoção, prevenção, formação de recursos humanos, mobilização social e sensibilização de gestores.

REFERÊNCIAS

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(2):74-108.
2. World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001. Effective screening programmes for cervical cancer in low-and middle-income developing countries. Geneva: WHO, 2001.
3. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Lucarini ACBS, Campos CJG. The search for the accomplishment of the preventive examination of cancer cytology: a qualitative study. *Online Bras J Nurs.* 2007;6(0):3-7.
7. Brito CMS, Nery IS, Torres LC. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncótica. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(4):387-90.
8. Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD, 2003. *Cien Saúde Col.* 2006; 11(4):1023-35.
9. Pelloso SM, Carvalho MDB, Higarasshi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Acta Scientiarum. Health Sciences.* 2004;26(2):319-24.
10. Rodrigues MSP, Leopardi MT. O Método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. 1ª ed. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
12. Michaelis. *Moderno dicionário da língua portuguesa.* São Paulo: Melhoramentos; 1998.
13. Ferreira MLM, Oliveira C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. *Rev Bras Cancerol.* 2006;52(1):5-15.
14. Brito CMS, Nery IS, Torres LC. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da Citologia Oncótica. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(4):387-90.

15. Cestari MEW. A Influência da cultura no comportamento e prevenção do câncer [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
16. Muller DK, Dias-da-Costa JS, Luz AMH, Olinto MTA. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(11):2511-20.
17. Schutz A. Bases da fenomenologia. In: Wagner H, organizador. *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
18. Akers AY, Newmann SJ, Smoth SK. Factors underlying disparities in cervical cancer incidence, screening, and treatment in the United States. *Curr Probl Cancer*. 2007;31:157-81.
19. Chumnan K, Yupin P, Kriangsak J, Usanee S, Jatupol S. Knowledge, awareness, and attitudes of female sex workers toward HPV infection, cervical cancer, and cervical smears in Thailand. *Intern J Gynecol Obstetrics*. 2009;107(3):216-9.
20. Ferreira MLM, Oliveira C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. *Rev Bras Cancerol*. 2006;52(1):5-15.
21. Brito CMS, Nery IS, Torres LC. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da Citologia Oncótica. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(4):387-90.
22. Jorge RJB, Diógenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LRS, Jorge Júnior, R. Exame papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. *Ciêns Saúde Col*.
23. Davim RMB, Torres GV, Silva RAR, Silva DAR. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal-RN sobre o exame de Papanicolaou. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(3):296-302.

Endereço do primeiro autor:

Luis Rafael Leite Sampaio
Rua F, 101/303 - Bl. A Quadra 02
Bairro Edson Queiroz
CEP: 60812-370 - Fortaleza - CE - Brasil

Endereço para correspondência:

Roberta Jeane Bezerra Jorge
Rua Caubi, 798
Bairro: Barra do Ceará
CEP: 60331-100 - Fortaleza – CE - Brasil
E-mail: robertajeane@hotmail.com