

Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem

Cervical Cancer and HPV: Women's Knowledge after Nursing Consultation

Conocimiento de las Mujeres sobre HPV y Cáncer Uterino después de la Consulta de Enfermería

Aline Ferreira de Souza¹; Lúcia Helena Rodrigues Costa²

Resumo

Introdução: Embora passível de prevenção e de bom prognóstico, quando tratado precocemente, o câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública. Entre os principais fatores que dificultam as práticas preventivas, destacam-se o desconhecimento e as representações sobre a doença e o Papanicolaou. **Objetivo:** Compreender a capacidade de assimilação das mulheres que realizam o exame Papanicolaou acerca do papilomavírus humano e sua relação com o câncer do colo do útero, por meio das informações e/ou orientações repassadas durante a consulta realizada por enfermeiros. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com fechamento amostral por saturação teórica. As categorias empíricas foram analisadas conforme a técnica temática categorial de análise de conteúdo de Bardin. Foi realizada entrevista gravada com cinco questões norteadoras com dez mulheres após serem atendidas na consulta de prevenção na Estratégia Saúde da Família. **Resultados:** A partir da análise dos dados, emergiram três categorias distintas: *desconhecimento do papilomavírus humano; não aceitação do uso do preservativo; e orientações na consulta de enfermagem do exame preventivo do câncer do colo do útero.* **Conclusão:** Este estudo mostrou a persistência do desconhecimento de mulheres sobre o papilomavírus humano e sua relação com o carcinoma do colo uterino, após a consulta de enfermagem na ESF para prevenção desse tipo de câncer, o que aponta para deficiente a comunicação entre enfermeiro e paciente durante a consulta.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero/prevenção & controle; Papillomaviridae; Teste de Papanicolaou; Estratégia Saúde da Família; Promoção da Saúde

¹ Graduada em Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros (MG), Brasil. *E-mail:* linne-19@hotmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Unimontes. Montes Claros (MG), Brasil. Docente do Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Dona Tiburtina: Núcleo de Pesquisa em Gênero, Saúde, Sexualidade. *E-mail:* luhecosta13@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência: Aline Ferreira de Souza. Rua Padre Augusto, 474 - apto. 101 - Centro. Montes Claros (MG), Brasil. CEP: 39400-053. *E-mail:* linne-19@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Embora passível de prevenção e de bom prognóstico, quando tratado precocemente, o câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública por se tratar do terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil¹. Para o ano de 2014, no país, as estimativas foram de 15.590 casos novos da doença e um risco de 15 casos a cada 100 mil mulheres. Esse carcinoma foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento^{2,3}.

Com exceção do câncer de pele, o câncer cervical é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. Uma redução de 80% da mortalidade pode ser alcançada por meio do rastreamento para a detecção da doença entre mulheres assintomáticas¹. Esse rastreamento é feito pelo teste de Papanicolaou – exame citopatológico do colo do útero para detecção das lesões precursoras⁴.

Entre os principais fatores que dificultam as práticas preventivas, destacam-se o desconhecimento e representações sobre a doença e sobre o Papanicolaou; a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde; as práticas de cuidado da saúde sexual; as atitudes dos parceiros, e o medo da dor e os pudores relacionados à exposição do corpo, entre outros⁴.

Nessa perspectiva, é possível afirmar que, além da dimensão técnica do problema, as políticas preventivas devem contemplar sua dimensão simbólica, considerando a interação entre a informação fornecida pelos programas, as ações dos serviços e as concepções e práticas da população^{4,5}.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer uterino são: início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo, baixa condição socioeconômica, multiparidade, entre outros. Um importante fator de risco para o desenvolvimento dessa patologia é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), micro-organismo associado à maior parte dos casos de lesão precursora do câncer do colo do útero. Essa lesão pode ser identificada precocemente, a partir da realização do exame Papanicolaou^{5,6}.

O câncer do colo do útero afeta as mulheres de menor nível socioeconômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde¹, traçando perfis de morbimortalidade evitáveis e que conjecturam a iniquidade em saúde. A incidência, no Brasil, evidencia-se a partir dos 20 aos 29 anos, e o maior risco encontra-se na faixa etária de 45 a 49 anos. Entretanto, a mortalidade resulta mais significativa à medida que aumenta a idade em virtude do prolongado

período que compreende a transmissão sexual do HPV, o adocimento e a morte por câncer do colo do útero².

O HPV está presente em quase 100% dos casos de câncer uterino. Aproximadamente 20% dos indivíduos saudáveis, em todo o mundo, estão infectados pelo HPV e a maioria desses com infecções assintomáticas e transitórias, tornando-se completamente indetectável dentro do período de um a dois anos, mas a infecção persistente pelo vírus favorece o desenvolvimento de lesões pré-cancerosas e, posteriormente, da neoplasia⁷.

O Ministério da Saúde preconiza que toda mulher entre 25 e 64 anos de idade, que já iniciou sua vida sexual, deve se submeter ao exame preventivo, com periodicidade anual, inicialmente. Após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia do colo do útero, este adquire periodicidade trianual. Após resultado negativo, o risco cumulativo de desenvolver a referida patologia é bastante reduzido, mantendo tal redução nos cinco anos subsequentes⁸.

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, renomeado Estratégia Saúde da Família (ESF) desde 1996, foi o principal mecanismo para o alargamento da oferta do Papanicolaou em todo o território nacional⁶.

Nesse sentido, vale ressaltar que o Ministério da Saúde⁸ refere que a prevenção do câncer do colo uterino, na atenção integral à saúde da mulher, é uma prática dos profissionais de enfermagem, ao especificar que cabe a esses trabalhadores “[...] realizar a consulta de enfermagem, o exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão”.

A complexidade de aplicação da consulta de enfermagem refere-se à amplitude de ação que tal atividade permite atingir em nível assistencial. Destacam-se, como relevância dessa atividade, o desenvolvimento do relacionamento terapêutico, a promoção do acolhimento, da escuta, da educação em saúde; ou seja, ações capazes de transcender o patológico e proporcionar ambiente de conforto, confiança e bem-estar ao paciente⁹.

A implementação da consulta de enfermagem durante a realização do Preventivo do Câncer do Colo Uterino (PCCU) se apresenta como um momento privilegiado no sentido de ampliar a educação em saúde no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos^{8,9}. As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) são consideradas porta de entrada do usuário no sistema de saúde, espaço em que o enfermeiro é um importante integrante da equipe multiprofissional da ESF. Nesse contexto, os enfermeiros exercem atividades técnicas específicas de sua competência, administrativas e educativas e, por meio do vínculo com

as usuárias, concentra esforços para reduzir os tabus, mitos e preconceitos e buscar o convencimento feminino sobre os benefícios da prevenção como soma ao próprio exame Papanicolaou.

Nesse sentido, deve-se levar em conta a problemática das assimetrias de poder no exercício da sexualidade feminina, a interface entre gênero, cuidado com a saúde e a medicalização dos corpos femininos. O conceito de gênero diz respeito às relações socialmente construídas entre homens e mulheres e às assimetrias de poder que permeiam tais relações. De caráter performativo, o gênero é produzido por atos reiterados, cuja cristalização no tempo lhe confere uma aparência substantiva^{4,7}.

Já por medicalização, entende-se o processo mediante o qual dimensões da vida, experiências e problemas originalmente fora da alçada médica passam a ser definidos e tratados como problemas médicos¹⁰. Por sua vez, o corpo feminino constituiu-se, historicamente, em um objeto privilegiado de intervenção da biomedicina, com ênfase no controle da saúde sexual e reprodutiva. Articulando essas categorias analíticas, considera-se que as crenças e práticas em saúde também constituem formas de construir representações de gênero¹¹.

Com base nessas premissas, este estudo teve por objetivo compreender a capacidade de assimilação das mulheres que realizam o exame Papanicolaou acerca do HPV e sua relação com o câncer do colo do útero, por meio das informações e/ou orientações repassadas durante a consulta realizada por enfermeiros.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa¹², com fechamento amostral por saturação teórica, desenvolvido no período de dezembro de 2013 a abril de 2014, com dez mulheres numa unidade básica de saúde do município de Montes Claros, no Norte do Estado de Minas Gerais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o Parecer n. 473.367, e seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos¹³.

As pacientes, após serem atendidas pelo enfermeiro na consulta de enfermagem de prevenção ao câncer do colo uterino, foram abordadas e submetidas a entrevistas semiestruturadas, que tinham como objetivo identificar o conhecimento da mulher, após consulta de enfermagem na ESF, para prevenção do câncer do colo do útero, a respeito do HPV e sua relação com esse tipo de câncer.

Após a coleta dos dados para elaboração do perfil sociodemográfico das participantes, as entrevistas seguiram o roteiro com as seguintes perguntas: Você tem dúvidas

sobre o PCCU? Você já ouviu falar sobre HPV? O que sabe sobre ele? Que orientações você recebeu na consulta de prevenção? Você sabe a relação entre o HPV e o câncer do colo uterino? Isso já foi explicado em alguma consulta? Sobre o uso do preservativo: Como você lida com o seu parceiro em relação à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST). As entrevistas foram gravadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Após transcrição na íntegra e leitura exaustiva das narrativas, emergiram três categorias marcantes desse desenho: *desconhecimento do papilomavírus humano; não aceitação do uso do preservativo; e orientações na consulta de enfermagem do exame preventivo do câncer do colo do útero.*

As categorias empíricas foram analisadas conforme a técnica temática categorial de análise de conteúdo de Bardin. Segundo a autora, a análise de conteúdo, como método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e organiza-se em torno de três polos: a pré-análise; a exploração do material; e, por fim, o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação¹⁴. Assim, as categorias emergiram fundamentando-se nas experiências vivenciadas e conhecimento das mulheres atendidas. Para garantir o anonimato das participantes, seus nomes reais foram modificados para nomes de flores (Copo de leite, Lírio, Rosa vermelha, Gardênia, Hortêncina, Flor de Cerejeira, Orquídea, Margarida, Tulipa e Amarílis).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Participaram do estudo dez mulheres com idade entre 21 e 50 anos. Ao analisar o grau de escolaridade declarado, uma possuía ensino superior, seis possuíam ensino médio e três, ensino fundamental incompleto. No tocante ao estado civil revelado, seis eram casadas, uma separada e três eram solteiras, mas viviam em união estável.

CATEGORIA 1: DESCONHECIMENTO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO

Durante a realização das entrevistas, as participantes da pesquisa demonstraram em suas respostas o desconhecimento sobre o vírus, a relação do mesmo com o câncer cervical, as formas de transmissão e as estratégias de prevenção. Pode-se ler nas falas, a seguir, o total desconhecimento das entrevistadas acerca do assunto.

[...] HPV sim, isso é a aids[...] (Copo de leite).

[...] Sei sim o que é. É o mais perigoso! É o HIV! Mata muita gente ôh doença maldita! [...] (Lírio).

[...] HPV? Sei não! O que é isso? [...] (Margarida).
[...] Sei, o HPV é aids! É o mais perigoso não é? Minha vizinha mesmo me falou que estava com esse HPV e que iria tratar, mas eu fiquei com dó e não disse que isso era sem cura [...] (Flor de cerejeira).

Estudos apontam que os principais condicionantes da vulnerabilidade feminina à infecção por DST são: a baixa escolaridade e as assimetrias de gênero^{15,16}. Isso vem ao encontro das falas dessas participantes que evidenciam o desconhecimento do vírus e sua relação com o câncer cervicouterino, assim como a importância do uso do preservativo para prevenção de doenças e como instrumento de empoderamento do próprio corpo. De todas as entrevistadas, nenhuma conhecia o vírus, portanto não sabiam qual o método preventivo mais coerente para sua prevenção, e da existência de uma relação desse vírus com o câncer do colo de útero. Isso ratifica que, quanto menos se conhece sobre o HPV, menos se tem a capacidade de prevenir corretamente esse agente oncogênico^{3,5}.

A infecção pelo HPV tem sido reconhecida como fator de risco para desenvolvimento do câncer do colo do útero. O HPV é transmitido principalmente por via sexual pelo contato direto com a pele ou mucosa infectada⁷. Apesar da magnitude desse problema, a infecção é pouco discutida entre as mulheres seja pelo espaço ainda recentemente conquistado na mídia e campanhas pelas informações acerca da doença, ou mesmo pelo foco em outros tipos de DST, como a aids, por exemplo. Percebe-se isso por meio do depoimento de duas entrevistadas:

[...] HPV? Acho que é a aids? [...] (Orquídea).
[...] HPV? Deus me livre! É o mais perigoso? É o HIV, a aids! (Rosa vermelha).

Como consequência da falta de informações coerentes sobre o HPV, muitas concepções equivocadas são desenvolvidas, como a crença de que o HPV é o mesmo que HIV, o mito de que o HPV é uma doença de mulheres promíscuas, e o tabu a respeito das DST¹⁷.

CATEGORIA 2: NÃO ACEITAÇÃO DO USO DO PRESERVATIVO

Uma das grandes dificuldades em relação à efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres está intimamente relacionada às assimetrias de gênero, que vão desde o sexo praticado sem proteção à violência de gênero exercida pelos parceiros, quando o que está em jogo é o livre exercício da sexualidade.

Para compreender essas dificuldades, é indispensável se considerar as implicações das questões de gênero. Podem-se entender as relações de gênero como atitudes e comportamentos que homens e mulheres assumem em conformidade com as definições e limites culturais do

que é chamado de “feminino” e “masculino”. Importante ressaltar que as construções identitárias de masculinidade e feminilidade ainda hoje se norteiam por concepções do patriarcado e, conseqüentemente, são relações impregnadas de hierarquia, pois gênero gera, antes de tudo, relações desiguais de poder¹⁸.

No desenvolvimento do câncer do colo do útero, os fatores de risco associados à atividade sexual devem ser abordados no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, buscando a compreensão da importância das assimetrias de poder de gênero no exercício da sexualidade, em relação à vulnerabilidade que as mulheres ficam expostas em relação às DST.

Nas falas, a seguir, a passividade das mulheres fica explícita na aceitação tácita da recusa dos companheiros em usar preservativos nas relações:

[...] ele não gosta de usar e eu nem importo muito porque já sou “ligada” [...] (Copo de leite).
[...] Ele não gosta, peço pra ele usar, mas ele reclama e diz que a camisinha brocha ele [...] (Lírio).
[...] É assim, ele não gosta e acha que quem usa isso é mulher que quer trair o marido. Pra não brigar, eu prefiro deixar pra lá e ficar sem usar mesmo (Amarílis).

Ao se submeterem à prática sexual dita insegura (sem uso do preservativo), algumas mulheres podem ser levadas pelo sentimento de confiança no parceiro, além de não serem capazes de impor seu desejo de prevenir-se de uma DST¹⁷. Percebe-se, diante disso, falta de conhecimento das participantes sobre o período de latência do vírus, visto que a doença é sempre relacionada com a traição do parceiro e isolada da possibilidade de contaminação por meio de relações sexuais anteriores. Ilustra-se, a seguir, o depoimento de uma entrevistada que acabara de descobrir lesões do tipo condiloma (verrugas) durante a consulta de enfermagem.

[...] Meu marido, quer dizer ex, nunca quis usar. E quando eu falava que só fazia se ele usasse ele saía pra rua. Hoje eu sei que ele ia pra rua me trair (...) e hoje descobri que tenho verrugas vaginais. Onde ele arrumou essas verrugas pra colocar em mim? [...] (Orquídea).

O aparecimento do HPV, entre outros problemas sexualmente transmissíveis, reflete que o vivenciar dessa sexualidade está fragilizada. Essa atonia, muitas vezes, vai ao encontro da subserviência a um sistema de domínio machista, uma vez que essas mulheres se submetem às vontades de seus companheiros, sem questionamentos e/ou em detrimento de seus próprios anseios¹⁹. Destacam-se, a seguir, trechos que ilustram a total submissão

feminina à vontade do homem que se torna soberano no que diz respeito às relações sexuais.

[...] Como já falei, meu marido é muito cismado. Ele não gosta de usar, pois fala que não sente nada e que é igual “chupar bala com papel” ou “comer banana com casca”. Ele é assim e não basta falar, pois ele não muda, ele é assim e nunca vai mudar. Se eu quiser tenho que me adaptar [...] (Gardênia).

Percebe-se que, para a prevenção primária, são necessárias intervenções educativas que alcancem determinados grupos sociais, principalmente os mais vulneráveis, obtendo assim potencial para a redução da transmissão do HPV e, conseqüentemente, a incidência do câncer do colo. Populações com menor escolaridade e mulheres, principalmente aquelas em união estável, são grupos vulneráveis à contaminação pelo HPV. As escolhas realizadas por homens e mulheres ao longo de suas trajetórias sexuais estão intimamente conectadas à existência de diferenças de gênero¹⁷.

Mulheres têm maior dificuldade em negociar o uso do preservativo. Além disso, tem-se a submissão, a vergonha e o medo persistentes no gênero feminino na busca de meios para o cuidado do próprio corpo. A negociação do uso de preservativos sempre foi associada à prostituição e à promiscuidade. Crenças relacionadas ao seu uso como: o sexo sujo, a desconfiança da fidelidade, a dificuldade de negociação do seu uso pela mulher (relacionada às questões de gênero, que inclui a submissão na relação de poder) contribuem para que seu uso seja dispensado por determinados grupos populacionais^{20,21}, pessoas casadas ou em união estável.

CATEGORIA 3: ORIENTAÇÕES NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Alguns estudos revelam que a consulta de enfermagem no preventivo, de forma geral, concentra-se na realização do exame e nas informações rotineiras, em vez de focalizar na escuta, na comunicação e nas necessidades da mulher^{22,23}. Ressalta-se, assim, a importância de uma abordagem metodológica que priorize a escuta e o diálogo. Considera-se que, estabelecido o vínculo afetivo, a empatia e o envolvimento entre o/a enfermeiro/a e a mulher, elementos essenciais dessa relação, o profissional terá melhores condições de identificar as necessidades e estimular o entendimento da sexualidade e o autoconhecimento²⁴.

Este estudo permitiu identificar que as orientações dadas durante as consultas não eram direcionadas à prevenção do câncer do colo uterino, mas somente voltadas à coleta do material para o exame citopatológico. A Enfermagem brasileira tem sustentado, historicamente,

a formação profissional baseada no modelo biomédico e, por longo período, deu grande ênfase à assistência de enfermagem centrada em procedimentos técnicos desenvolvidos no corpo biológico, negando, de certa maneira, a multidimensionalidade humana²¹. A seguir, estão os trechos do depoimento das participantes quando questionadas sobre a orientação que recebiam na consulta.

[...] elas falam de alimentação, cuidado com a higiene íntima e só isso [...] (Copo de leite).

[...] As orientações são boas! Elas falam da alimentação, pra vir no planejamento. É isso! [...] (Amarílis).

[...] Elas informam das doenças, as doenças do sexo, e também fala da alimentação [...] (Tulipa).

[...] Orientação? Assim, se a gente perguntar alguma coisa, elas respondem, mas geralmente não falam nada. Só pergunta idade que menstruou, com que idade transou, quantos partos e se teve algum problema na gravidez. Só isso! [...] (Gardênia).

A prevenção primária do câncer cervical é caracterizada pela promoção da saúde no intuito de promover estilos de vida e comportamentos que minimizem os riscos. O aconselhamento e a orientação devem ser oferecidos no sentido da adoção de estilos de vida e comportamentos sexuais seguros. O principal comportamento de redução de risco é a utilização de preservativos femininos e masculinos nas relações sexuais, pois estes diminuem em mais de 80% o risco de contaminação pelo HPV²⁵. Estratégias de negociação de sexo seguro devem ser recomendadas como abordagens de prevenção para limitar a propagação do HPV¹⁶ nas consultas de preventivo, sensibilizando a mulher para o exercício da autonomia que está intimamente relacionado ao empoderamento. Esse reconhece a importância do aumento de poder feminino^{18,21}, tende a identificar o poder menos em termos de dominação sobre outros e mais em termos da capacidade das mulheres em adquirir autoconfiança e fazer escolhas em sua vida e de influenciar os rumos e as mudanças, por meio da capacidade de controlar os próprios corpos.

A consulta de enfermagem em ginecologia é um espaço que promove acolhimento e apoio às mulheres que procuram atendimento ginecológico, condições para saber como elas se sentem e o que buscam. Muito mais do que a realização do preventivo, a consulta é um espaço para a mulher tirar dúvidas e aprender a cuidar de si²⁴. É um instrumento extremamente valioso para a estratégia de prevenção primária e detecção precoce do câncer do colo do útero, no momento em que, por meio da educação para a saúde, essa mulher fique motivada para o autocuidado^{20,24}.

É nesse momento que se podem discutir os modos de evitar o aparecimento da doença por via da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco como o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco, além de identificar a mulher com situação de risco para que seja acompanhada de maneira mais frequente. É importante mostrar a mulher que o exame ginecológico não é uma obrigação à que se expõe e sim mais um direito conquistado para que tenha uma vida feliz e livre de doenças^{16,19}.

O enfermeiro deve orientar e ouvir a mulher antes da realização do exame, de forma a tranquilizá-la. É necessária a capacitação dos profissionais para receber e negociar as barreiras criadas pelos tabus e preconceitos que a mulher carrega quando vai a uma consulta ginecológica, clareando o entendimento sobre o atendimento e o exame ginecológico, salientando a correlação HPV/câncer do útero, sensibilizando sobre a importância do uso do preservativo e encorajando a mulher ao empoderamento do próprio corpo.

CONCLUSÃO

A análise de conteúdo das entrevistas enfatizou o desconhecimento das usuárias sobre a infecção pelo HPV e sua relação direta com o câncer do colo do útero mesmo após a consulta de enfermagem, identificando, portanto, uma falha no processo de comunicação durante a consulta de enfermagem, momento oportuno para ações de educação em saúde como ferramenta de promoção à saúde.

O rastreamento do câncer do colo do útero, fortemente associado à feminilidade, deve propiciar oportunidades para as mulheres ganharem autonomia sobre os seus corpos e saúde, levando-as a sair da postura de passividade à que é submetida na expressão de sua sexualidade.

A prevenção do câncer cervical deveria atentar para ações cujo propósito seja propiciar a passagem da mera adesão para uma “participação informada”, por parte das mulheres, no rastreamento, sustentada não apenas no fornecimento de informações, mas, sobretudo, no reconhecimento dos seus valores e práticas.

CONTRIBUIÇÕES

Ambas as autoras contribuíram para a concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou revisão crítica do manuscrito.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2014.
2. Ministério da Saúde (BR). Sistema de informações sobre mortalidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
3. Laganá MTC, Silva MMP, Lima LF, França TLB. Alterações Citopatológicas, doenças sexualmente transmissíveis e periodicidade dos exames de rastreamento em unidade básica de saúde. *Rev Bras Cancerol.* 2013;59(4):523-30.
4. Rico AM, Iriart JAB. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(9):1763-73.
5. Instituto Nacional de Câncer (BR). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: Inca; 2011.
6. Gasperin SI, Boing AF, Kupek E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(7):1312-22.
7. Andrade MS, Almeida MMG, Araújo TM, Santos KOB. Fatores associados a não adesão ao papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014; 23(1):111-20.
8. Ministério da Saúde (BR). Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. (Caderno Atenção Básica, nº 13).
9. Araújo SCF, Caetano R, Braga JU, Costa SFV. Eficácia das vacinas comercialmente disponíveis contra a infecção pelo papilomavírus em mulheres: revisão sistemática e metanálise. *Cad Saúde Pública.* 2013;29 (supl 1):S32-S44.
10. Diógenes MAR, Linard AG, Teixeira CAB. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. *Rev René.* 2010;11(4):38-46.
11. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 3ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª edição. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Seção1, p. 59.*
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª edição. Lisboa: Setenta; 2014.
15. Zonta MA, Monteiro J, Santos JG, Pignatari ACC. Oral infection by the human papilloma virus in women with cervical lesions at a prison in São Paulo, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012;78(2):66-72.
16. Sampaio J, Santos RC, Callou JLL, Souza BBC. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. *Saúde soc.* 2011;20(1):171-81.

17. Sousa LB, Pinheiro AKB, Barroso MGT. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. *Rev Esc Enferm USP*, 2008; 42(4):737-43.
18. Costa LHR. O feminismo perspectivista como aporte teórico nas pesquisas sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. In: Messeder SA, Martins MAM, organizadores. *Enlaçando sexualidades: volume 1*. Salvador: Eduneb; 2010. p. 199-212.
19. Vargens OMC, Silva CM, Azevedo SG, Girianelli VR. Diagnóstico de HPV: o processo de interação da mulher com seu parceiro. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(3):327-32.
20. São Bento PAS, Telles AC, Suzarte CTS, Moraes LEO. O câncer do colo do útero como fantasma resistente a prevenção primária e detecção precoce. *Rev de Pesq: cuidado é fundamental Online*. 2010;2(2):776-86.
21. Costa LHR, Coelho ECA. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(3):631-639.
22. Gomes NP, Diniz NMF, Camargo CL, Silva MP. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):109-16.
23. Sousa LB, Cunha DFF, Ximenes LB, Pinheiro AKB, Vieira NFC. Conhecimentos, atitudes e prática de mulheres acerca do uso do preservativo. *Rev enferm UERJ*. 2011;19(1):147-52.
24. Dantas CN, Enders BC, Salvador PTCO. Experiência da enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011;35(3):646-60.
25. Instituto Nacional de Câncer (BR). *Falando sobre câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: Inca; 2012.

Abstract

Introduction: Although it is preventable and, if caught early, has a good prognosis, cervical cancer is a significant public health problem. Some of the main factors making preventative practices more difficult include lack of awareness and views of the disease and of the smear test. **Objective:** To understand the capacity of assimilation of information about the human papilloma virus and cervical in women who have undergone the smear test through the information and or guidance given during nursing consultations. **Method:** This is a qualitative study using saturation sampling. The empirical categories were analyzed using Bardin's content analysis technique. Interviews on five main issues were conducted and recorded with ten women after their consultations on prevention with Family Health Strategy nurses. **Results:** Three distinct categories emerged from analysis of the data: *lack of knowledge about the human papilloma virus, not using condoms and guidelines given for avoiding cervical cancer in smear test consultations.* **Conclusion:** This study shows that lack of knowledge about the human papilloma virus and the link to cervical cancer persists in women after FHS nursing consultations for preventing this type of cancer, indicating inadequate communication between nurse and patient during consultation.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms/prevention & control; Papillomaviridae; Papanicolaou Test; Family Health Strategy; Health Promotion

Resumen

Introducción: Aunque prevenible y con buen pronóstico cuando se trata de manera temprana, el cáncer uterino es un problema importante de salud pública. Entre los principales factores que dificultan las prácticas preventivas se destacan el desconocimiento y las representaciones sobre la enfermedad y sobre el Papanicolaou. **Objetivo:** Entender la capacidad de asimilación de las mujeres que se realizan el examen de Papanicolaou sobre virus del papiloma humano y cáncer de cuello uterino, mediante la información dada durante las pautas de consulta y realizada por los profesionales en enfermería. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo, con encerramiento de la muestra por saturación teórica. Las categorías empíricas fueron analizadas de acuerdo a la técnica temática de análisis de contenido Bardin. Fue realizada una entrevista grabada que contó con cinco temas satélites con diez mujeres después de ser atendidas en la consulta de prevención en la Estrategia de Salud de la Familia. **Resultados:** Del análisis de los datos, surgieron tres categorías distintas: *desconocimiento del virus del papiloma humano, la no aceptación del uso del condón y orientaciones en consulta con el examen preventivo de cáncer de cuello uterino.* **Conclusión:** Este estudio demostró la persistencia del desconocimiento de las mujeres sobre el virus del papiloma humano y su relación con el carcinoma cervical, después de la consulta en enfermería en FSE para la prevención de este tipo de cáncer, lo que apunta a la inadecuada comunicación entre el profesional en enfermería y la paciente durante la consulta.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino/prevenición & control; Papillomaviridae; Prueba de Papanicolaou; Estrategia de Salud Familiar; Promoción de la Salud