

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA****SCREENING OF CERVICAL AND BREAST CANCER****MONITOREO DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO Y MAMA***José de Ribamar Ross<sup>1</sup>, Sandra Maria Cezar Leal<sup>2</sup>, Karin Viegas<sup>3\*</sup>***RESUMO**

**Objetivo:** identificar as mulheres que realizaram o rastreamento do câncer de colo de útero e mama. **Método:** estudo quantitativo, transversal, exploratório, descritivo. A amostra foi composta de 211 mulheres, baseada na população de 465 mulheres de 20 a 59 anos. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário. Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica Excel e duplamente checados, avaliando a consistência dos dados e a correção, quando necessário. A análise foi realizada utilizando-se o SPSS® versão 22.0. Os resultados foram expressos por média, percentil e desvio padrão, apresentados em tabelas. **Resultados:** das 211 mulheres distribuídas nas duas equipes da ESF, a maioria moradoras da zona rural, idade média de 53,1 anos $\pm$ 7,8 anos; 171 convivem com cônjuges ou companheiro; 165 têm ensino básico incompleto; 128 com renda menor que um salário mínimo; 198 realizaram o exame de citologia oncológica cervical e 133 fizeram a mamografia. **Conclusão:** houve alcance de cobertura no rastreamento do câncer de colo de útero e déficit de mamografias, entretanto, em ambos os intervalos, foram inadequados, identificando a necessidade para um rastreamento organizado. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Programas de Rastreamento; Enfermagem em Saúde Comunitária.

**ABSTRACT**

**Objective:** to identify women who have been screened for cervical and breast cancer. **Method:** this is a quantitative, transversal, exploratory, and descriptive study. The sample consisted of 211 women, based on the population of 465 women aged 20 to 59 years old. The instrument used for data collection was a questionnaire. The data collected were typed in Excel spreadsheet and double checked, evaluating the consistency of the data and the correction, when necessary. The analysis was performed using SPSS® version 22.0. The results were expressed by means, percentile and standard deviation, presented in tables. **Results:** the majority of the 211 women distributed in the two ESF teams live in rural areas, mean age 53.1 years + 7.8 years old; 171 live with spouses or partner; 165 have incomplete basic education; 128 with income less than a minimum wage; 198 underwent cervical oncology cytology and 133 underwent mammography. **Conclusion:** there was a scope of coverage for cervical cancer screening and mammography deficit. However, they were inadequate at both intervals, identifying the need for organized screening. **Descriptors:** Primary Health Care; Mass Screening; Community Health Nursing.

**RESUMEN**

**Objetivo:** identificar a las mujeres que realizaron el monitoreo del cáncer del cuello uterino y de mama. **Método:** estudio cuantitativo, transversal, exploratorio, descriptivo. La muestra fue compuesta de 211 mujeres, basada en la población de 465 mujeres de 20 a 59 años. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario. Los datos recolectados fueron digitados en planilla electrónica Excel y duplamente checados, evaluando la consistencia de los datos y la corrección, cuando necesario. El análisis fue realizado utilizándose el SPSS® versión 22.0. Los resultados fueron expresados por media, porcentaje y desvío padrón, presentados en tablas. **Resultados:** de las 211 mujeres distribuidas en los dos equipos de la ESF, la mayoría vivían en la zona rural, edad media de 53,1 años $\pm$ 7,8 años; 171 conviven con cónyuges o compañero; 165 tienen enseñanza básica incompleta; 128 con renta menor que un salario mínimo; 198 realizaron el examen de citología oncológica cervical y 133 hicieron la mamografía. **Conclusión:** hubo alcance de cobertura en el monitoreo del cáncer del cuello uterino y déficit de mamografías, sin embargo, en intervalos, fueron inadecuados, identificando la necesidad para un monitoreo organizado. **Descriptores:** Atención Primaria de Salud; Tamizaje Masivo; Enfermería en Salud Comunitaria.

<sup>1</sup>Enfermeiro, Professor Mestre, Universidade Estadual do Maranhão/UEMA. São Luiz, Maranhão, Brasil. E-mail: [enfross@gmail.com](mailto:enfross@gmail.com) <https://orcid.org/0000-0002-9362-8651>; <sup>2</sup>Enfermeira, Professora Doutora, Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: [sandral@unisinos.br](mailto:sandral@unisinos.br) <https://orcid.org/0000-0003-4611-0988>; <sup>3</sup>Enfermeira, Professora Doutora, Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: [karviegas@unisinos.br](mailto:karviegas@unisinos.br) <https://orcid.org/0000-0002-2546-9281>

**INTRODUÇÃO**

O câncer é considerado um grave problema de saúde pública não somente pelo número de casos diagnosticados, mas também pelo investimento financeiro de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Além disso, causa impacto negativo, ocasionando transtornos e sofrimento ao paciente, familiares e sociedade.<sup>1</sup>

A consulta ginecológica é uma importante ferramenta de trabalho para o médico e o enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) exercerem as ações de rastreamento do câncer de colo de útero e de mama para as mulheres em idade de risco.<sup>2-3</sup>

Na zona rural, uma das dificuldades para a implantação de um rastreamento efetivo na ESF é a inexistência de um banco de dados de base populacional específico, com informações do rastreamento do câncer de colo de útero e de mama. Para a resolução deste problema, o Ministério da Saúde sugere a realização de um cadastramento de mulheres com atualização contínua dos agendamentos e busca ativa das faltosas.<sup>4</sup> É uma recomendação que o rastreamento organizado do câncer seja algo que precisa ser implantado para garantir a redução de custo do modelo atual e oportunístico vigente, bem como garantir a melhoria de sua cobertura acima dos 70%.<sup>5</sup>

De acordo com normas vigentes do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção em oncologia deve se organizar no modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma metodologia de promoção da saúde da população.<sup>6</sup>

A fim de promover a intersetorialidade de diferentes eixos que podem compor a atenção ao cidadão, o Ministério da Saúde está priorizando a construção de redes temáticas prioritárias, entre elas a rede de atenção oncológica, que podem ser complementadas por serviços do sistema único de assistência social e políticas de atenção à mulher, hierarquicamente organizada em diferentes níveis de complexidade, sendo o alicerce destas a Atenção Primária de Saúde.<sup>7</sup> Para a organização qualificada do rastreamento do câncer de colo de útero e de mama, o plano recomenda aprimorar a oferta de exames a todas as mulheres, principalmente àquelas em condições de vulnerabilidade, e garantir acesso ao tratamento nas fases iniciais.<sup>5</sup>

O rastreamento e a execução de métodos de diagnósticos específicos a indivíduos aparentemente saudáveis têm o propósito de identificar a doença em estágios iniciais. O levantamento e controle de fatores de risco têm com principal meta a redução da

incidência da doença, de casos de óbitos, bem como minimizar os riscos rastreados.<sup>8</sup>

O êxito do rastreamento depende de sua organização e está diretamente relacionado com a execução de atividades planejadas com a população de mulheres previamente conhecidas e intervalos de execução de exames previamente determinados, a partir de um banco de dados atualizado. Entretanto, verifica-se a ocorrência de consultas de mulheres nas unidades de saúde de forma esporádica, o que caracteriza um rastreamento oportunístico, sendo neste momento uma ocasião para executar o controle. Esta estratégia é ineficiente e não reduz a morbimortalidade por câncer de colo de útero e de mama, caracterizando-se como de baixo impacto e de rastreamento repetitivos de uma mesma clientela.<sup>9</sup>

No município de Caxias/MA, a Rede de Atenção Oncológica referente ao rastreamento do câncer de colo de útero e mama desenvolve suas ações de forma descentralizada em todas as unidades de ESF da zona rural e urbana.

**OBJETIVO**

- Identificar as mulheres que realizaram o rastreamento do câncer de colo de útero e mama.

**MÉTODO**

Estudo quantitativo, transversal, exploratório, descritivo. A pesquisa foi realizada no município de Caxias/MA, na localidade de Caximbu, zona rural do município, localizada, ao sul, a 20 km do perímetro urbano no 1º distrito da cidade.

O tamanho amostral foi baseado na população de 465 mulheres de 20 a 64 anos, cadastradas, no ano de 2014, na ESF de Caximbu. A coleta de dados foi realizada de maneira aleatória e por conveniência, conforme a distribuição das residências nos distritos sanitários da localidade rural pesquisada. O tamanho amostral foi de 211 participantes para um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

Foram incluídas mulheres com faixa etária de maior ou igual a 20 a menor e igual a 65 anos; ter cadastro na ESF e ser moradora do domicílio na localidade antes de 01 de janeiro de 2012. Foram excluídas as mulheres com residência provisória na localidade; visitantes das famílias no período da coleta; e as que apresentam alguma dificuldade funcional (memória, cognitivo, fala) para responder à entrevista.

As coletas foram realizadas no período de 1º de junho a 1º de agosto de 2015. Todas as visitas foram realizadas com o acompanhamento de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), conforme conveniência da mulher selecionada e agendamento prévio, no domicílio da participante.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado, abordando dados sociodemográficos, histórico de fatores de risco e dos exames de rastreamento para o câncer de colo de útero e mama; também foi realizado georreferenciamento dentro da área adstrita para identificar as mulheres que realizaram e não realizaram os exames. Para a coleta das coordenadas de localização de cada domicílio, latitude leste e longitude oeste, foi utilizado *Global Positioning System* (GPS) Garmin nuvi série 3460lt. Esta leitura e registro foram realizados ao final da entrevista. As participantes que não realizaram o exame de citologia oncológica cervical eram orientadas quanto ao intervalo preconizado e solicitado

que se dirigissem à ESF para realizar o procedimento. As participantes que ainda não haviam realizado mamografia recebiam a solicitação do exame logo após a entrevista.

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica Excel e duplamente checados, avaliando a consistência dos dados e a correção, quando necessário. A análise foi realizada pelo Programa estatístico SPSS® versão 22.0. Os resultados foram expressos por média, percentil e desvio padrão em tabelas.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos sob o número 1.011.293.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 211 mulheres moradoras da zona rural de Caxirumbu/MA, distribuídas em duas equipes da ESF. As características sociodemográficas das participantes são descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres pertencentes às equipes de Estratégia de Saúde da Família, Localidade Caxirumbu, Zona Rural de Caxias (MA), Brasil (2015)

| Variáveis                            | N (%)      | Exame Citopatológico |          | Mamografia |           |
|--------------------------------------|------------|----------------------|----------|------------|-----------|
|                                      |            | Sim                  | Não      | Sim        | Não       |
| Faixa etária (média = 53,1 anos±7,8) |            |                      |          |            |           |
| 31 a 40 anos                         | 9 (4,3)    | 9 (4,3)              | 0 (0,0)  | 3 (33,3)   | 6 (66,7)  |
| 41 a 50 anos                         | 76 (36,0)  | 69 (90,8)            | 7 (9,2)  | 39 (51,3)  | 37 (48,7) |
| 51 a 60 anos                         | 79 (37,4)  | 77 (97,5)            | 2 (2,5)  | 58 (73,4)  | 21 (26,6) |
| 61 a 65 anos                         | 47 (22,3)  | 43 (91,5)            | 4 (8,5)  | 33 (70,2)  | 14 (29,8) |
| Estado civil                         |            |                      |          |            |           |
| Solteira                             | 14 (6,6)   | 13 (92,9)            | 1 (7,1)  | 8 (57,1)   | 6 (42,9)  |
| Casada                               | 144 (68,2) | 136 (94,4)           | 8 (5,6)  | 95 (66,0)  | 49 (34,0) |
| Desquitada/separada                  | 9 (4,3)    | 9 (100)              | 0 (0,0)  | 8 (88,9)   | 1 (11,1)  |
| Viúva                                | 17 (8,1)   | 15 (88,2)            | 2 (11,8) | 11 (64,7)  | 6 (35,3)  |
| Comunhão estável                     | 27 (12,8)  | 25 (92,6)            | 2 (7,4)  | 11 (40,7)  | 16 (59,3) |
| Escolaridade                         |            |                      |          |            |           |
| Primário incompleto                  | 165 (78,2) | 153 (92,7)           | 12 (7,3) | 103 (62,4) | 62 (37,6) |
| Primário completo                    | 29 (13,7)  | 28 (96,5)            | 1 (3,5)  | 17 (58,6)  | 12 (41,4) |
| Secundário incompleto                | 9 (4,3)    | 9 (100)              | 0 (0,0)  | 7 (77,8)   | 2 (22,2)  |
| Secundário completo                  | 7 (3,3)    | 7 (100)              | 0 (0,0)  | 6 (85,7)   | 1 (14,3)  |
| Superior completo                    | 1 (0,5)    | 1 (100)              | 0 (0,0)  | 0 (0,0)    | 1 (100)   |
| Renda (em salários mínimos)          |            |                      |          |            |           |
| Não tem renda própria                | 20 (9,5)   | 18 (90,0)            | 2 (10,0) | 11 (55,0)  | 9 (45,0)  |
| Inferior a 1                         | 108 (51,2) | 102 (94,4)           | 6 (5,6)  | 66 (61,1)  | 42 (38,9) |
| Entre 1 e 2                          | 76 (36,0)  | 71 (93,4)            | 5 (6,6)  | 51 (67,1)  | 25 (32,9) |
| Entre 2 e 4                          | 7 (3,3)    | 7 (100)              | 0 (0,0)  | 5 (71,4)   | 2 (28,6)  |
| Cor autorreferida                    |            |                      |          |            |           |
| Branca                               | 25 (11,8)  | 24 (96,0)            | 1 (4,0)  | 18 (72,0)  | 7 (28,0)  |
| Negra                                | 61 (28,9)  | 55 (90,2)            | 6 (9,8)  | 37 (60,7)  | 24 (39,3) |
| Parda                                | 124 (58,8) | 118 (95,2)           | 6 (4,8)  | 77 (62,1)  | 47 (37,9) |
| Amarela                              | 1 (0,5)    | 1 (100)              | 0 (0,0)  | 1 (100)    | 0 (0,0)   |

Dentre os fatores de risco associados ao câncer de colo de útero, observa-se que a prevalência de HPV (Papiloma Vírus Humano) nesta população é baixa (2,4%). Entretanto,

82,5% das mulheres não utilizam preservativo nas relações sexuais, apesar da baixa incidência de doenças sexualmente transmissíveis (7,1%) (Tabela 2).

Tabela 2. Fatores de risco associados ao câncer de colo uterino e de mama das mulheres pertencentes às equipes de Estratégia de Saúde da Família, Localidade Caxirimbu, Zona Rural de Caxias (MA), Brasil (2015)

| Variáveis                                               | n   | %      |
|---------------------------------------------------------|-----|--------|
| Fatores de risco para câncer de colo uterino            |     |        |
| História de Doenças Sexualmente Transmissíveis          |     |        |
| HPV                                                     | 5   | 2,4    |
| Gonorreia                                               | 4   | 1,9    |
| Sífilis                                                 | 1   | 0,5    |
| Cancro mole                                             | 2   | 0,9    |
| Candidíase                                              | 2   | 0,9    |
| Gardnerella vaginalis                                   | 1   | 0,5    |
| Não usar preservativo                                   | 174 | 82,5   |
| Início da atividade sexual (< 15 anos de idade)         | 5   | 2,4    |
| História prévia de câncer de colo                       | 12  | 5,7    |
| Fatores de risco para câncer de mama                    |     |        |
| Idade >55 anos                                          | 164 | 77,7   |
| Menarca antes dos 12 anos                               | 20  | 9,5    |
| Não amamentar                                           | 14  | 6,6    |
| Uso de terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos | 3   | 1,4    |
| Início da menopausa após 55 anos                        | 9   | 4,3    |
| Sedentarismo                                            | 128 | 60,7   |
| Fatores de risco para câncer de mama                    |     |        |
| Ingestão de bebida alcoólica diariamente                | 27  | 2712,8 |
| Tabagismo atual                                         | 102 | 48,3   |
| Estatura inferior a 170cm (altura média)                | 209 | 99,1   |
| Nuliparidade                                            | 10  | 4,7    |
| Obesidade (IMC >30)                                     | 47  | 22,3   |
| Antecedente familiar de câncer de mama                  | 15  | 7,1    |

Critérios utilizados pela Harvard report on câncer prevention.

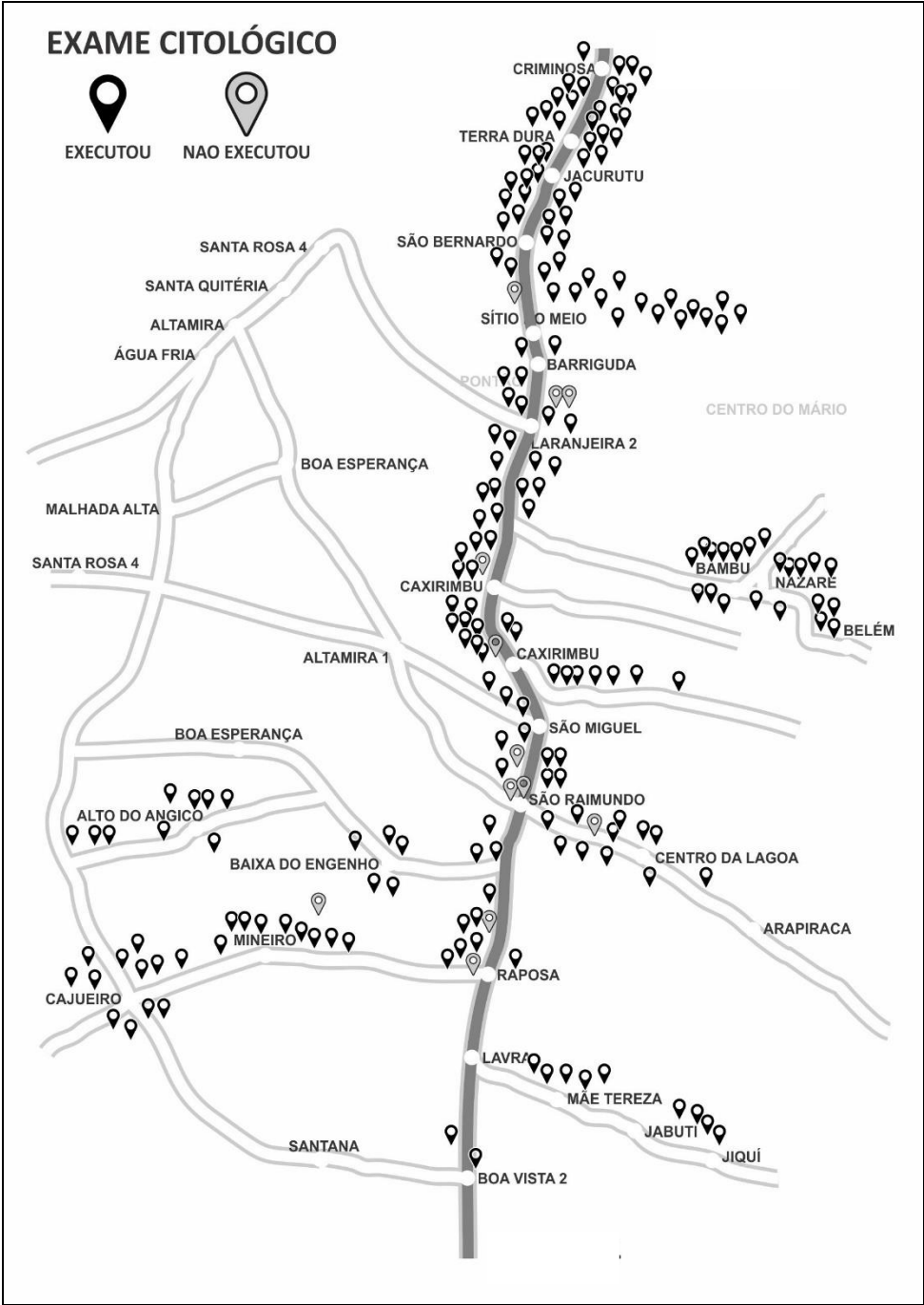


Figura 1. Distribuição geográfica dos domicílios visitados das mulheres que fizeram e não fizeram o exame citológico, localidade de Caximbu, zona rural de Caxias (MA), Brasil (2015)



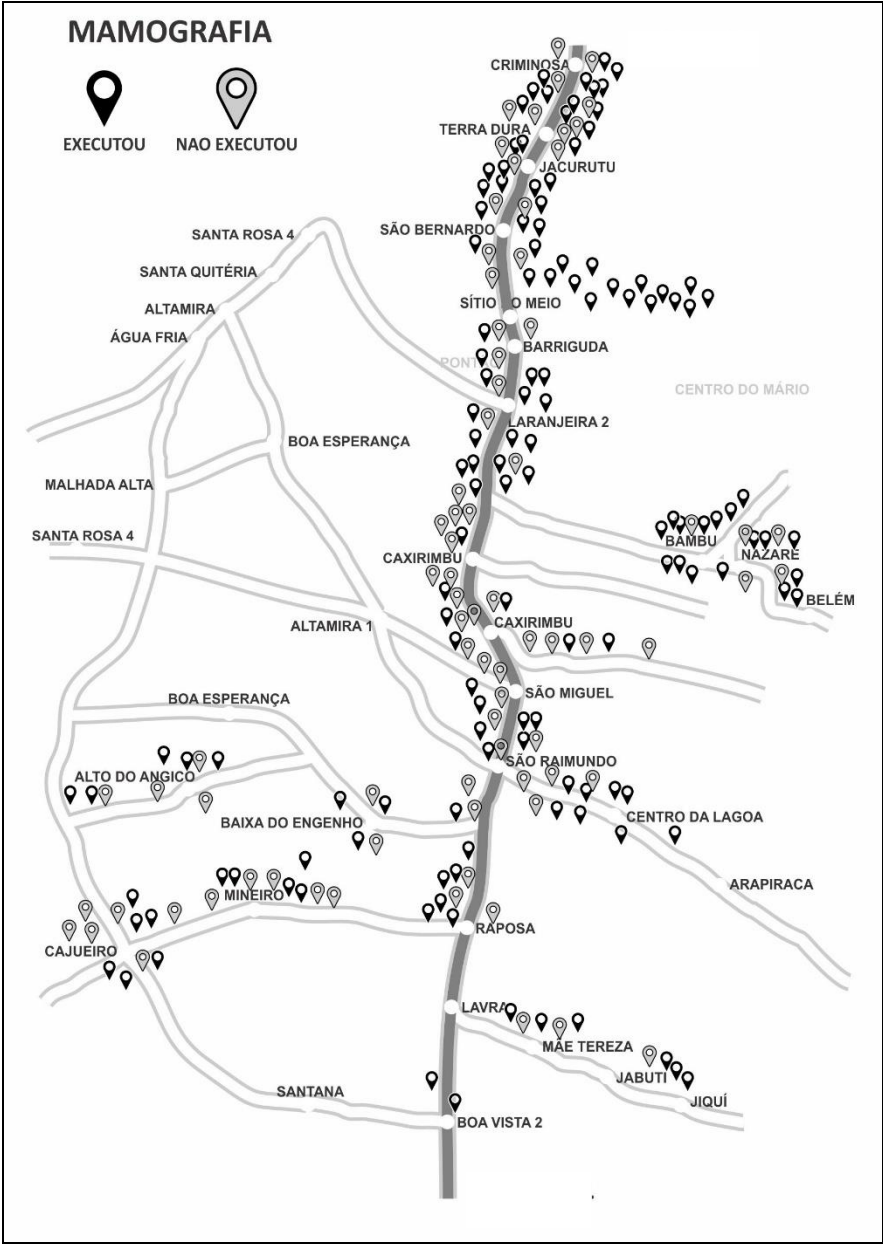


Figura 2. Distribuição geográfica dos domicílios visitados das mulheres que fizeram e não fizeram o exame mamográfico, localidade de Caxiribu, zona rural de Caxias (MA), Brasil (2015)

DISCUSSÃO

A amostra investigada é constituída por 211 mulheres, em sua maioria casadas, com ensino fundamental, baixo nível socioeconômico e de cor negra e parda. As 13 mulheres que não realizaram a citologia oncótica cervical se declararam católicas e, destas, sete estão na faixa etária de 41 a 50 anos e seis com mais de 50 anos. Este fato pode ser atribuído à relação de ordem pessoal e regional, tais como idade, nível de escolaridade, aspectos sociais, etnia afrodescendente e situação conjugal. Também está relacionado com a mortalidade por câncer de colo de útero, na região em estudo.<sup>10</sup> Além disso, na localidade de Caxiribu, zona rural de Caxias/MA, há uma forte influência do misticismo religioso e do sincretismo de outras religiões afrodescendentes que oferecem insumos de prevenção e cura para doenças, tais como chás<sup>11</sup>, benzeduras e porções milagrosas.

As mulheres da localidade pesquisada realizam mais citologia oncótica cervical do que mamografia, provavelmente pelo fato da

unidade de saúde local estar próxima de sua moradia e a coleta do exame de colo ser realizada sem burocracias e/ou agendamentos prévios. Assim, além da busca ativa, também ocorre a livre demanda em dia e horário que a mulher desejar, bem como sem ocorrência de incômodos decorrentes de fatores de ordem clínicas devido à falta de informações, higiene sexual e física. Este aspecto não é evidenciado em outros estudos, nos quais se relata que as coletas de CP são realizadas mediante agendamento em um dia da semana,<sup>12-13</sup> enquanto que os exames mamográficos são realizados em outro município, mediante agendamento prévio, dificultando o acesso.

Segundo as entrevistadas, 12 (5,7%) tiveram familiares com câncer de colo de útero. Embora não seja fator de risco direto para este tipo de câncer, pode ser considerado mais um estímulo para a mulher procurar o serviço de saúde.<sup>14</sup>

O vírus HPV, transmitido de forma sexual, é a causa principal para desencadear a ocorrência do câncer de colo de útero.<sup>15</sup>

Outros fatores de risco também podem estimular o surgimento câncer uterino, tais como hábito de fumar, anticoncepcionais orais, doenças de transmissão sexual, carências nutricionais<sup>15</sup>, baixas condições socioeconômicas, atividade sexual precoce (menor de 15 anos)<sup>14</sup>, multiparidade e múltiplos parceiros.<sup>16</sup> O que mais chama a atenção das mulheres pesquisadas é que 82,5% não usam preservativo, sendo os demais fatores pouco prevalentes. Em um estudo realizado na cidade de São Luiz - Maranhão, com 465 mulheres na faixa etária de 25 a 49 anos, a adesão ao uso de preservativo nas relações sexuais foi de 82,4% (n=383), seguidos de 17,6% (n=82) que não utilizavam<sup>17</sup>, o que não corrobora com os achados desta pesquisa, apontando as especificidades culturais do meio rural e urbano.

Na cultura popular maranhense da zona rural é comum as meninas iniciarem atividade sexual precocemente e se casarem antes dos 15 anos. De maneira geral, estas têm baixa adesão ao uso de preservativos e engravidam cedo. Neste contexto, casar na adolescência, gerar filhos e família é algo bem visto no cotidiano cultural da localidade pesquisada. Assim, verifica-se que esta mulher pode desenvolver maior suscetibilidade a fatores de risco ao câncer de colo de útero pela atividade sexual precoce e multiparidade.<sup>17</sup>

Neste estudo, no período de março de 2008 a novembro de 2015, na localidade Caxirumbu, foram registrados 16 casos de HPV identificados por meio de laudos de citologia oncológica cervical, relacionando-os à NIC I, II e III. Estas mulheres necessitam estar em condições de contínuo monitoramento, com exames periódicos a cada 6 meses, para observar se há eliminação do vírus, regressão e/ou evolução da lesão, sendo que a ESF “tem importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, realizando busca ativa dessas mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por essa doença”.<sup>16:173</sup>

Em um estudo<sup>18</sup> com um universo de 21.592 mulheres acima de 15 anos e moradoras da cidade de Rio do Sul, em Santa Catarina, verificou-se que quanto menor a escolaridade, menor a adesão ao exame de rastreamento para o câncer de colo de útero. Contudo, na localidade Caxirumbu, zona rural de Caxias/MA, embora estejam em contextos que se diferem por aspectos geográficos e histórico-culturais, observou-se alta adesão (94%) de mulheres de baixo nível educacional ao exame.

Comparando com outros estudos realizados no Brasil, contata-se que a baixa adesão ao exame preventivo de câncer de colo de útero está relacionada aos fatores sociodemográficos, cor e faixa etária, corroborando com os achados desta pesquisa.<sup>19-21</sup>

Dentre os fatores de risco para o câncer de mama, os que mais chamam atenção nesta amostra foi a idade maior de 55 anos (77,7%), sedentarismo (60,7%), história de tabagismo (48,3%) e a altura inferior a 1,70m (99,1%). Os antecedentes de câncer de mama, em parentes de primeiro grau, apesar de ser um fator encontrado, não foi o mais prevalente. Este achado corrobora com outros estudos realizados por Silva e Riul<sup>22</sup> e pelas recomendações do Ministério da Saúde.<sup>16</sup>

Neste estudo, 27% (n=21) das mulheres com idade maior de 50 anos não realizaram mamografia, apesar das estratégias realizadas pela equipe local (rastreamento, acompanhamento e flexibilidade de agenda), destacando-se que as mulheres do campo ainda enfrentam dificuldades de acesso, interferindo, assim, na adesão. Sendo que a idade acima de 50 anos é o fator de risco mais relevante para o câncer de mama e com frequência é identificado isoladamente entre as mulheres. É nessa faixa etária que são verificados os maiores índices de morbimortalidade ocasionados pela falta de diagnóstico precoce, sendo a doença detectada em fases tardias.<sup>16</sup>

Infelizmente, o modelo de atendimento utilizado na Unidade de Saúde da Família do Caxirumbu não favorece o alcance da cobertura de rastreamento do câncer de mama. Nesse contexto, embora tenha demonstrado o alcance neste estudo para o rastreamento do câncer colo de útero, o indicador mamografias de rastreamento ficou fora do padronizado pelo Ministério da Saúde. Além disso, a amostra apresenta vários fatores de risco para o câncer de mama, tais como idade maior de 55 anos, sedentarismo, tabagismo, obesidade, estatura média de 1,53 cm e tempo curto de amamentação.<sup>16</sup>

Além do difícil acesso ao transporte, a mulher moradora da zona rural de Caxirumbu encontra outras dificuldades, como o agendamento do exame na zona urbana, e execução do exame, o que requer mais esforços relacionados ao descolamento e investimento financeiro.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa mostrou alta cobertura de rastreamento de câncer de colo de útero e o rastreamento do câncer de mama não

alcançou o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde, sendo que em ambos os intervalos foram inadequados.

Como limitação deste estudo, podemos citar os escassos estudos nacionais, principalmente em zonas rurais, nos últimos cinco anos.

Destaca-se que a contribuição da presente pesquisa é apontar a invisibilização das condições de saúde destas mulheres rurais no contexto brasileiro. E, recomenda-se outras pesquisas para subsidiar ações voltadas à promoção de saúde dessas mulheres.

Mesmo os achados deste estudo sendo melhores que em outras comunidades rurais e até urbanas, observa-se a necessidade de elaborar e implantar ferramentas para um rastreamento organizado, nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde, em substituição ao modelo oportunístico. E, destaca-se o enfermeiro como o principal gestor dessas ações.

**AGRADECIMENTOS**

Às mulheres que aceitaram participar deste estudo e à equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família do Caximbu que colaborou com as entrevistas.

**REFERÊNCIAS**

1. Instituto Nacional de Câncer (BR). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [cited 2016 Dec 20]. Available from: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf)

2. Pereira QLC, Siqueira HCH. Acesso à mamografia: percepções dos responsáveis pela política da saúde da mulher. REME rev min enferm [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 01];15(3):365-71. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/46>

3. Instituto Nacional de Câncer (BR). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [cited 2016 Jan 10]. Available from: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro\\_deteccao\\_precoce\\_final.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf)

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2015 Sept 25]. Available

from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2015 Sept 25]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf)

6. Instituto Nacional de Câncer (BR). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2010 [cited 2015 May 6]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acao\\_reducao\\_cancer\\_colo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_reducao_cancer_colo.pdf)

7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2011 [cited 2015 May 16]. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil\\_gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil_gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2015 May 20]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_primaria\\_29\\_rastreamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf)

9. Vale DBAP, Moraes 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. Cad saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 22];26(2):383-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/17.pdf>

10. Ozawa C, Marcopito LF. Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002. Rev bras ginecol obstet [Internet]. 2001 [cited 2015 Dec 27];33(5):238-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n5/a06v33n5.pdf>

11. Rodrigues EM. Guia prático para o uso de plantas medicinais no município de Tufilândia/MA. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2016.

12. Ramos AL, Silva DP, Machado GMO, Oliveira EN, Lima DS. A atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero. Sanare (Sobral, Online) [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec



27];13(1):84-91. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/437/292>

13. Costa SR, Marques CJR, Cabral NH. Percepção de um grupo de mulheres em relação à coleta de preventivo realizada pelo enfermeiro. *Salus J Health Sci* [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 27];1(1):69-75. Available from:

<http://www.salusjournal.org/magazine/percepcao-de-um-grupo-de-mulheres-em-relacao-a-coleta-de-preventivo-realizada-pelo-enfermeiro/>

14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [cited 2015 June 4]. Available from:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_mama.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_cancer_colo_uterio_mama.pdf)

15. Prado BBF. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. *Ciênc cult* [Internet]. 2014 [cited 2016 Sept 13];66(1):21-4. Available from:

<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v66n1/a11v66n1.pdf>

16. Ministério da Saúde (BR). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2016 Sept 13]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)

17. Taylor AY, Lauro G, Márcio Segundo, Greene ME. “She goes with me in my boat”: child and adolescent marriage in Brazil: results from mixed-methods research [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Promundo, Washington (DC): Promundo-US; 2015 [cited 2016 Sept 13]. Available from: [https://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/07/SheGoesWithMeInMyBoat\\_Web\\_15Sept2015-postprint.pdf](https://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/07/SheGoesWithMeInMyBoat_Web_15Sept2015-postprint.pdf)

18. Feliciano C, Christen K, Velho MB. Câncer de colo uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 11];18(1):75-9. Available from:

<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a13.pdf>

19. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2006 [cited 2016 Jan 11];3(3):325-34. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/06.pdf>

20. Andrade MS, Almeida MMG, Araújo TM, Santos KOB. Fatores associados à não adesão ao Papanicolaou entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol serv saúde* [Internet]. 2010 [cited 2015 Nov 01];23(1):111-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00111.pdf>

21. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integrality in cervical cancer care: evaluation of access. *Rev saúde pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 06];48(2):240-48. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/en\\_0034-8910-rsp-48-2-0240.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/en_0034-8910-rsp-48-2-0240.pdf)

22. Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Rev bras enferm* [Internet]. 2011 [cited 2016 Dec 29];64(6):1016-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a05.pdf>

Submissão: 14/03/2017

Aceito: 05/10/2017

Publicado: 15/12/2017

### Correspondência

Karin Viegas

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Mestrado Profissional em Enfermagem

Av. Dr. Nilo Peçanha, 1640

Bairro Petrópolis

CEP: 91330-002 – Porto Alegre (RS), Brasil