

# PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O TESTE DE PAPANICOLAOU

## WOMEN'S PERCEPTION ABOUT THE PAP SMEAR TEST

## PERCEPCIÓN DE MUJERES EN LO QUE SE REFIERE AL EXÁMEN DE PAPANICOLAOU

Carla Marins Silva<sup>1</sup>  
Daniela Soares de Oliveira<sup>2</sup>  
Octavio Muniz da Costa Vargens<sup>3</sup>

Objetivo: desvelar a percepção de mulheres sobre o Teste de Papanicolaou. Metodologia: pesquisa descritiva qualitativa, realizada em um *campus* universitário, no Rio de Janeiro, entre julho de 2014 e agosto de 2015. Participaram 12 mulheres, de 18 a 45 anos, que frequentam essa universidade. Utilizaram-se entrevistas semiestruturadas e os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo temática. Resultados: os dados foram sistematizados em duas categorias: "Percebendo o procedimento como desconfortável" que se subdivide em três subcategorias: "relacionando o desconforto ao procedimento propriamente dito", "relacionando o desconforto com a sensação de constrangimento e vergonha" e "percebendo o vínculo com o profissional como forma de diminuição do desconforto" e; "Percebendo o exame Papanicolaou como forma de cuidado à saúde". Conclusão: as mulheres percebem o exame Papanicolaou como desconfortável, mas entendem a necessidade e a importância do cuidado à saúde.

Descritores: Saúde da Mulher; Teste de Papanicolaou; Enfermagem.

*Objective: to understand women's perception about the Pap Smear Test. Methodology: a qualitative and descriptive study which took place at a university campus, in Rio de Janeiro, from July/2014 to August/2015. The participants were 12 women, between 18 and 45 years, which attended this university. Semi-structured interviews were performed and the data was analyzed according to the Thematic Content Analysis. Results: The data was organized into two categories: "Perceiving the procedure as uncomfortable" which was divided into three sub-categories: "relating the discomfort to the procedure itself", "relating the discomfort to the feeling of embarrassment/shame" and "perceiving the link with the professional as a way to reduce the discomfort" and: "Perceiving the pap smear test as a form of health care". Conclusion: women perceive the Pap smear test as uncomfortable, but understand the need and the importance of the health care.*

*Descriptors: Women's Health; Pap smear test; Nursing.*

*Objetivo: desvelar la percepción de mujeres acerca del Examen Papanicolaou. Metodología: estudio descriptivo cualitativo, desarrollado en un campus universitario, en Río de Janeiro, de julio/2014 hasta agosto/2015. Participaron 12 mujeres, entre 18 y 45 años, que asisten a esta universidad. Se hicieron entrevistas semiestructuradas y los datos fueron analizados según el Análisis de Contenido Temático. Resultados: los datos fueron sistematizados en dos categorías: "Percibiendo el procedimiento como incómodo" que se divide en tres subcategorías: "relacionando el incómodo al procedimiento en sí", "relacionando el incómodo con la sensación de consternación vergüenza" y*

<sup>1</sup> Enfermeira obstétrica. Doutora em enfermagem. Professora Adjunta do Departamento Materno infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade (NEPEN-Musas). Rio de Janeiro, Brasil. marinsorienta@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do programa de Pós-Graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. soaresdaniela91@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeiro obstetra. Doutor em enfermagem. Professor titular do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade (NEPEN-MUSAS). Rio de Janeiro, Brasil. omcvargens@uol.com.br

*“percibiendo el enlace con el profesional como una manera de disminuir el incómodo” y; “Percibiendo el examen de detección como una manera de cuidado a la salud”. Conclusión: las mujeres perciben el examen Papanicolaou como incómodo, pero entiende la necesidad y la importancia del cuidado a la salud.*

*Descriptor: Salud de la Mujer; Examen de Papanicolaou; Enfermería.*

## Introdução

O câncer do colo do útero é considerado um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento devido à sua grande importância epidemiológica, refletindo em altas taxas de prevalência e mortalidade<sup>(1)</sup>.

As últimas estimativas mundiais, publicadas no ano de 2014, revelaram que, no ano de 2012, esse foi o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com 527 mil casos novos, configurando-se, portanto, como um grande problema de saúde pública. A realização de um mapeamento de caráter regional da incidência do câncer do colo do útero permitiu constatar-se que, excluídos os tumores de pele não melanoma, que são os mais frequentes, este câncer é o mais incidente na região Norte. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, é o segundo mais frequente. Na região Sudeste, o quarto; na região Sul, o quinto mais constante<sup>(2)</sup>.

O câncer do colo do útero, habitualmente, inicia-se com uma lesão precursora, com transformações intraepiteliais progressivas detectáveis e curáveis. Embora muitas dessas lesões apresentem regressão espontânea, esta infecção pode tornar-se crônica e tem grande probabilidade de progressão, podendo evoluir para uma lesão cancerosa invasiva. Esta progressão pode ser considerada lenta em mulheres com boa imunidade, podendo levar de 15 até 20 anos. Em mulheres com o sistema imune fraco, esta evolução pode levar de 5 a 10 anos<sup>(3)</sup>.

A infecção pelo Papilomavírus humano (HPV) de alto risco é considerada uma causa necessária, mas não determinante, para o desenvolvimento desta neoplasia<sup>(4)</sup>.

A estratégia de rastreamento pelo exame Papanicolaou em mulheres assintomáticas e aparentemente saudáveis tem o objetivo de identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e

direcioná-las para investigação e tratamento. Com esse procedimento, procura-se diminuir os índices de morbimortalidade<sup>(5)</sup>. No Brasil, o Ministério da Saúde determina que o exame citopatológico seja realizado dentro de uma rotina anual e, após dois exames consecutivos com resultados negativos, a cada três anos<sup>(1)</sup>.

Cabe salientar que a morte por este tipo de câncer é evitável, uma vez que o avanço das tecnologias permite o diagnóstico precoce de lesões precursoras, evitando a progressão para o câncer<sup>(1)</sup>. A estratégia mais utilizada e que apresenta um resultado altamente eficaz no controle do câncer do colo do útero é o rastreamento em mulheres assintomáticas, por meio do exame Papanicolaou, que permite obter a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase inicial<sup>(1)</sup>. Vale destacar que esse teste só é efetivo para a redução dos números de casos de morbimortalidade por câncer de colo de útero se uma alta proporção de mulheres aderirem ao exame regularmente<sup>(3)</sup>.

Nesse contexto, partimos do pressuposto de que a realização do Papanicolaou guarda relação com a percepção feminina acerca do exame. Esta, por sua vez, sofre influência de fatores culturais, sociais, valores, crenças, experiências vividas e ideias pré-concebidas construídas ao longo da vida, impactando na adesão da mulher ao exame<sup>(5)</sup>. Sendo assim, diante da importância epidemiológica do câncer do colo do útero no Brasil, torna-se fundamental conhecer a percepção das mulheres sobre o exame preventivo, a fim de propor medidas que visem uma melhor adesão a tal procedimento e, assim, a redução nos índices de morbimortalidade por essa causa.

Este estudo tem como objeto a percepção de mulheres sobre o exame de Papanicolaou. Foi definida como questão norteadora para esta

investigação: Como as mulheres percebem o exame Papanicolaou? Para responder à questão norteadora, este estudo tem por objetivo desvelar a percepção das mulheres sobre o exame Papanicolaou.

## Método

Trata-se de pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. O período do estudo foi de julho de 2014 a agosto de 2015. O cenário foi a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A escolha desse cenário deu-se pela diversidade de raça, escolaridade, idade e renda de mulheres que transitam em suas dependências.

Foram incluídas, no estudo, mulheres adultas que transitavam pelo *campus* da universidade, discentes ou funcionárias, ainda que não possuíssem vínculo com a instituição, e já tivessem se submetido ao exame Papanicolaou. Foram excluídas do estudo mulheres profissionais ou estudantes da área da saúde, devido à maior possibilidade de interferência nos resultados.

O instrumento de coleta de dados foi o roteiro de entrevista semiestruturada constituído de duas partes: a primeira contemplou a caracterização das participantes; a segunda, teve uma questão norteadora: Conte-me como é, para você, vivenciar/experienciar o exame preventivo? Durante a entrevista, foram introduzidos tópicos com o intuito de guiar o pesquisador para o alcance do objetivo proposto.

Finalizada a coleta, foi realizada a transcrição dos depoimentos seguida da análise dos dados coletados, na qual foi empregada a técnica de análise temática ou categorial<sup>(6)</sup>. Para a aplicação dessa técnica, as seguintes etapas foram seguidas: pré-análise, exploração do material/codificação e tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>(6)</sup>. Com o fim de manter o anonimato das participantes, elas foram identificadas com a letra E seguida do número da entrevista. Exemplo: E1, E2, E3... E12.

Foram respeitados todos os procedimentos éticos para a realização do estudo, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde<sup>(7)</sup>. O projeto foi apreciado previamente e aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o parecer n. 946.837. As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Este estudo contou com a participação de 12 mulheres entre 18 e 45 anos de idade, que já haviam iniciado a vida sexual e se submetido ao exame preventivo do câncer do colo do útero. Predominou o estado civil solteiro. As participantes procuravam anualmente a consulta ginecológica, ocasião em que realizavam o exame preventivo.

Os dados foram analisados e agrupados em duas categorias: “Percebendo o procedimento como desconfortável” – que se subdivide em três subcategorias: “Relacionando o desconforto ao procedimento propriamente dito”, “Relacionando o desconforto com a sensação de constrangimento e vergonha” e “Percebendo o vínculo com o profissional como forma de diminuição do desconforto” – e “Percebendo o exame Papanicolaou como forma de cuidado à saúde”.

### *Categoria 1: Percebendo o procedimento como desconfortável*

Esta categoria desvela a percepção de mulheres em relação ao exame preventivo do câncer de colo de útero. As mulheres consideraram o procedimento desconfortável e revelaram situações que interferiam na questão do conforto e bem-estar. No decorrer de seus depoimentos, manifestaram desconforto em relação ao procedimento propriamente dito e ao sentimento de vergonha e relataram que o vínculo com o profissional pode amenizar essa sensação.

#### Subcategoria 1: Relacionando o desconforto ao procedimento propriamente dito

Esta subcategoria traz a ideia de que, para as mulheres, o procedimento é incômodo. Relataram medo da dor e ansiedade no momento

em que o espécúlo era introduzido. Afirmaram que esta tensão podia gerar uma contração vaginal, dificultando o procedimento. Relembrando experiências passadas, as mulheres ficaram receosas com a possibilidade de o profissional de saúde machucá-las.

*O incômodo é só quando enfia o bico de pato, depois passa.* (E2).

*Na hora incomoda só um pouquinho, assim, fisicamente, mas [...] de resto eu já estou acostumada.* (E11).

*O único incômodo era o do espécúlo e eu sempre pedia para o meu médico colocar um de criança.* (E8).

*Incomoda. Não dói, mas incomoda. Acho que incomoda mais por uma questão de você estar tensa, estar nervosa, por ser uma situação de tensão e você acaba se contraindo, e aí acaba atrapalhando.* (E6).

*Já teve casos do médico machucar. Aí você fica meio receosa de fazer novamente e de machucar de novo.* (E3).

Subcategoria 2: Relacionando o desconforto com a sensação de constrangimento e vergonha

No momento do exame, é imprescindível a exposição do órgão genital ao examinador. Sendo assim, as mulheres relataram desconforto de cunho emocional no momento em que havia necessidade da exposição da intimidade e desejavam que aquele momento transcorresse o mais rápido possível. No decorrer de suas falas, revelaram sentimento de vergonha e constrangimento, particularmente quando o profissional que realizava a coleta era um homem ou quando não era o profissional de rotina que estava atendendo.

*É estranho, porque você fica lá de perna aberta e uma pessoa olhando, mesmo já sendo sua médica. Eu não me sinto à vontade de ficar ali com uma pessoa olhando.* (E10).

*Eu me sinto à vontade. O único problema é vergonha quando o profissional é do sexo masculino.* (E2).

*Meio constrangedor. Eu fico com vergonha, esperando que aquele momento passe logo, que acabe.* (E12).

*Você sente um desconforto, quando você faz com uma pessoa que você não está acostumada. Mas quando você já está com a médica há bastante tempo, você relaxa, fica mais à vontade.* (E11).

Subcategoria 3: Percebendo o vínculo com o profissional como forma de diminuição do desconforto

Esta subcategoria aponta que as mulheres sentem-se mais à vontade durante o procedimento, quando há vínculo com o profissional. Para elas, o vínculo era caracterizado pela rotina de procedimento com o mesmo profissional. Além disso, evidenciaram a importância da atenção para a realização do exame, por meio de perguntas, conversas, explicações e orientações. Consideraram esse processo benéfico para a redução da ansiedade e avaliaram como uma etapa fundamental no atendimento.

*Eu já estou com a mesma ginecologista há bastante tempo. Então eu me sinto à vontade com ela. Não tenho problema [...] Eu acho que é isso que até acontece um pouco comigo, que é esse contato com a médica, esse atendimento mais humanizado, assim, de conversar antes e não ser uma coisa tão mecânica. Eu acho que é isso que deixa a mulher mais à vontade. Esse atendimento mais humanizado, assim.* (E11).

*Eu bato um papo antes com a médica, então já quebra aquele gelo, e o procedimento dura 5 minutos.* (E9).

*Eu chego, ela conversa e pergunta várias coisas. Sempre tem uma conversa antes. E a questão de você se sentir mais segura com a sua médica, a conversa vai beneficiar essa segurança.* (E6).

*Primeiro a gente senta, conversa, depois ela manda deitar, explica como é o exame, manda deitar, relaxar, não ficar se prendendo para não poder machucar. (E1).*

### *Categoria 2- Percebendo o exame Papanicolaou como forma de cuidado à saúde*

Esta categoria expressa a ideia de indispensabilidade da realização do exame preventivo para câncer do colo do útero como forma de cuidado com a saúde. As mulheres mostraram preocupação voluntária e interesse espontâneo. Apesar do desconforto, relataram a necessidade de realizar o exame, por se tratar de um procedimento que fazia parte da rotina de cuidado com a saúde, evidenciando a ideia de prevenção.

*É para prevenir das doenças, né? [...] Eu faço direto para prevenir. (E1).*

*É um procedimento padrão. É normal, é da rotina da mulher que tem que ir todo ano ao médico fazer esse exame. (E9).*

*Mas sei que tem que ser e que é normal, então, pela minha saúde, eu faço. É algo que se não fosse pela minha saúde, eu não iria gostar de passar [...] Eu não me sinto à vontade de ficar ali com uma pessoa olhando. Mas sei que tem que ser, tem que fazer. Então, pela minha saúde, eu faço. (E10).*

Perceberam o exame como uma forma de diagnosticar alterações e doenças relacionadas ao sistema reprodutor. Dentre as doenças mencionadas pelas mulheres, estão inclusas o câncer do colo do útero, a Aids, a infecção pelo HPV, a sífilis e a gonorreia. Além disso, consideraram o exame importante para detectar inflamações, vírus ou, basicamente, algum problema.

*Ah, para ver esse negócio de inflamação, se não tem câncer de colo de útero. (E2).*

*Para localizar e ver se você tem alguma propensão a ter o câncer do colo do útero e outros tipos de doenças né, aquelas feridinhas, aquelas coisas que tem no útero. (E5).*

*O preventivo vê se tem algum problema, analisa ali direitinho, aí, você leva a amostra, sai tudo detalhado, vê se tem a presença de alguma coisa. (E7).*

*Além das doenças sexualmente transmissíveis, o câncer de colo de útero também e você fazendo o exame sempre, você tem como fazer uma regularização de como está o seu sistema, se você está bem, se você não está. (E12).*

### **Discussão**

Na perspectiva das entrevistadas, o exame preventivo é considerado invasivo ao corpo da mulher. Elas apontaram o procedimento como desconfortável, revelando incômodos e dor. Essa mesma percepção aparece em diversas pesquisas<sup>(8-11)</sup> cujos resultados apontam que esse desconforto influencia na não adesão ao preventivo. Esse incômodo gera ansiedade, medo e nervosismo na realização do exame. Para elas, são situações relacionadas ao procedimento em si. O medo é um fator de dificuldade durante a realização do exame, pois as mulheres o associam à dor e aos desconfortos causados durante o procedimento<sup>(5,12)</sup>. Além disso, corroborando os resultados do presente estudo, a experiência prévia negativa foi apontada como motivo para não realização periódica da citologia oncológica<sup>(13)</sup>. Embora, normalmente, o exame preventivo seja indolor, é importante que a mulher não esteja nervosa e não tenha lesões na parede vaginal. Além disso, o profissional de saúde deve realizá-lo de acordo com a técnica correta<sup>(13)</sup>.

As mulheres entrevistadas revelaram sensações de vergonha e constrangimento. Importante ressaltar que o momento do exame provoca tensões emocionais e os sentimentos que emergem durante a sua realização, tal como a vergonha, devem ser trabalhados antes do procedimento<sup>(14)</sup>. Em estudo realizado no Ceará<sup>(11)</sup>, as mulheres perceberam o Papanicolaou como um exame que agredia física e emocionalmente.

O profissional é considerado uma pessoa estranha à mulher e é este o responsável pela avaliação do seu estado de saúde. Para isso, a mulher precisa expor sua intimidade e seu corpo.

A potencialização do sentimento de vergonha se dá também pela posição ginecológica à qual as mulheres são submetidas para a realização do exame<sup>(15)</sup>. Neste sentido vêm à tona as questões de gênero, em que as mulheres, ao longo do tempo, foram aprisionadas em um modelo em que deveriam ser castas, puras e obedientes ao seu homem<sup>(16)</sup>. Entretanto, para a realização do exame, devem despir-se dessa construção social. O sentimento de vergonha está relacionado à exposição dos órgãos e das zonas erógenas, fazendo-a associar tal exposição à sexualidade<sup>(17)</sup>.

Diante desse contexto, o profissional de saúde deve ser treinado não só do ponto de vista das habilidades técnicas, mas também das questões subjetivas envolvidas nesse processo. É fato a necessidade de treinamento de profissionais de saúde para o cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde quanto ao rastreamento, o que inclui informar a regularidade de exames e facilitar o acesso ao exame preventivo<sup>(10)</sup>. Além dessas questões técnicas, o profissional deve ter mais sensibilidade e compreensão desse cenário bastante comum na realização do exame, levando em consideração o fato de que a mulher pode deixar de realizá-lo, a depender dos sentimentos envolvidos<sup>(17)</sup>.

Outro ponto a destacar é que a vergonha, no momento do exame, faz com que a mulher procure o serviço somente quando está sintomática<sup>(18-19)</sup>. Desse modo, uma estratégia para minimizar essa situação, na perspectiva da não invasão, seria o profissional retardar a manipulação do corpo, decisão que deve ser compartilhada e ativa com a mulher. É importante oportunizar à mulher conhecer, ver e sentir o instrumento antes da autorização para a realização de um procedimento invasivo. Esse cuidado prévio pode concorrer para que o exame, ao respeitar a privacidade da paciente, não se configure como uma imposição<sup>(20)</sup>.

Importante destacar que as mulheres revelam desconforto quando, ao realizar o exame, se deparam com um profissional que não é o habitual. Esse fato pode ser entendido como falta de estabelecimento de vínculo entre o profissional e a mulher. Além do vínculo, é importante criar

estratégias, para que o exame tenha sentido para a sua vida. Dessa forma, torna-se necessária a adoção, pelo profissional, de tecnologias não invasivas de cuidado no atendimento e na realização do exame, a fim de proporcionar conforto às mulheres, resgatando sua autonomia e diminuindo sensações de invasão e sentimentos que interfiram no seu bem-estar<sup>(20)</sup>.

Em seus depoimentos, as mulheres participantes da pesquisa relataram sentir-se menos à vontade quando o gênero do profissional que estava realizando o exame era masculino. Nesta perspectiva, torna-se evidente a associação com a sexualidade e com questões relacionadas à cultura tradicional e à reprodução dos diferentes papéis de gênero. Trata-se de uma maneira de se apontar para as origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres<sup>(21)</sup>. Esses relatos sobre o constrangimento de serem atendidas pelo profissional do sexo masculino aparecem em outra pesquisa<sup>(13)</sup>, ampliando a ideia de que o profissional deve criar estratégias para amenizar essas questões e estimular a regularidade desse exame.

Independente disso, a atitude profissional que as mulheres esperam e desejam está voltada para a humanização no atendimento. As mulheres do presente estudo associaram o atendimento humanizado ao diálogo, muitas vezes com inclusão de assuntos fora do contexto da consulta ginecológica, assim como ao tipo de relação estabelecida entre o profissional e a mulher. Nesta perspectiva, as entrevistadas almejavam o atendimento por um profissional que não se limitasse a cumprir uma rotina de trabalho, e que prezasse a formação de vínculo.

Diante disso, afirma-se que, para a eliminação de práticas medicalizadas na assistência ginecológica e para a incorporação de um modelo humanístico que contribua para o conforto, satisfação e retorno da mulher à consulta, é necessária a adoção de práticas humanizadas e a utilização de tecnologias não invasivas dentro da consulta ginecológica<sup>(20)</sup>. Desse modo, desmedicalizar significa expor para as mulheres outras possibilidades de cuidado, favorecendo seu direito de escolha e autonomia, afastando o raciocínio

biomédico como única alternativa, mas sem excluir o profissional médico ou práticas médicas de atenção à mulher<sup>(22)</sup>.

Como exemplo de adoção de estratégias que podem contribuir para a mudança desse modelo, sugere-se a retirada da mesa durante a consulta, representando a eliminação de barreiras durante a comunicação. Para a realização do exame, a atitude de entregar o espéculo vaginal nas mãos da mulher, possibilitando-lhe ver, sentir e tocar, é outro exemplo que está incluso na perspectiva da não invasão. Essas condutas permitem que a mulher resgate sua autonomia e participe do processo do cuidar como sujeito ativo<sup>(20)</sup>.

Apesar do desconforto relatado, ficou evidenciado, com base nos relatos, que as mulheres sentem a necessidade de realizar o exame, por se tratar de um procedimento que faz parte da rotina da saúde. Percebe-se, assim, que elas procuram cumprir uma norma considerada indispensável à saúde, apontada pelos órgãos responsáveis pela promoção da saúde e controle do câncer. Desse modo, ao aderirem à regularidade do exame como forma de prevenção, atribuem o significado e a importância do exame preventivo à possibilidade de se prevenir e detectar doenças precocemente<sup>(9,15)</sup>.

Este estudo alerta para o fato de a busca pelo exame não se limitar à possibilidade de detecção do câncer do colo do útero, mas também para a detecção de algumas doenças sexualmente transmissíveis, como a aids, infecção pelo HPV, sífilis e gonorreia. Isto revela que as entrevistadas podem não compreender o principal objetivo das diretrizes ministeriais para a detecção de lesões precursoras do câncer de colo. Desta forma, evidencia que grande parcela da população desconhece a verdadeira finalidade do exame e que muitas mulheres o percebem com a finalidade de apenas diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis<sup>(9,15)</sup>.

Estudos<sup>(23-24)</sup> mostram que a boa percepção de risco para o câncer de colo de útero está diretamente relacionada com a percepção dos benefícios do teste Papanicolaou em relação à prevenção. Independente desta questão, o momento do exame pode ser primordial para a

avaliação de risco e prevenção, particularmente em mulheres com baixa condição econômica, em início de vida sexual precoce e dificuldade para acesso ao serviço de saúde<sup>(25)</sup>.

Evidenciam-se, desse modo, falhas nos serviços de educação em saúde, em relação ao objetivo do exame Papanicolaou e à sua importância. Assim, é fundamental o desenvolvimento de atividades educativas, para que o exame faça parte da vida da mulher e que ela tenha informações claras para o cuidado da própria saúde.

### Considerações finais

Conclui-se que as mulheres percebem o exame Papanicolaou como desconfortável. Apontam o desconforto físico relacionado ao procedimento propriamente dito e o desconforto psíquico relacionado ao constrangimento durante a realização da coleta. Diante disso, trazem a ideia da importância da criação de vínculo profissional-cliente para amenizar essa situação. Embora exista o caráter desconfortável e constrangedor do procedimento, prevalece o entendimento acerca da necessidade e da importância do cuidado à saúde.

Este estudo possui limitações, como a realização em um único cenário e a dificuldade para captar mulheres para entrevistas de cunho tão pessoal. Contudo, o cenário proporcionou o encontro com mulheres de diferentes raças, escolaridades, idades e rendas e foi possível atingir o objetivo proposto.

Como contribuições em potencial, espera-se que os resultados possam subsidiar discussões na formação/capacitação de profissionais de saúde e reflexões práticas do cuidado à mulher, considerando a percepção dela em relação ao exame Papanicolaou. Com isso, visa-se maior adesão de mulheres e, conseqüentemente, diminuição dos indicadores de mortalidade pelo câncer de colo de útero. Esses dados podem estimular a produção de novas investigações em relação ao tema proposto, com o intuito de reduzir as lacunas na formação profissional, melhorar as ações educativas para esse público alvo e possibilitar condutas mais humanizadas durante a realização do procedimento.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2014.
3. World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer [internet]. Brasília; 2015 [cited 2016 fev 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>
4. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J clin pathol.* 2002;55(4):244-65.
5. Garcia CL, Pereira HC, Marinho MNASB. Percepção das mulheres acerca do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev bras pesq saúde.* 2010;23(2):118-25.
6. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev enferm UERJ.* 2008;16(4):569-76.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.
8. Silva MAS, Teixeira BEM, Ferrari RAP, Cestari MEW, Cardelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolaou. *Rev Rene.* 2015;16(4):532-9.
9. Moura ADA, Silva SMG, Farias LM, Feitosa AR. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. *Rev Rene.* 2010;11(1):94-104.
10. Girianelli VR, Thule CS, Silva GA. Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Rev bras ginecol obstet.* 2014;36(5):198-204.
11. Jorge RJB, Diógenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LRL, Jorge Júnior R. Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16(5):2443-51.
12. Urrutia MT, Poupin L. Women with cervical cancer: perceptions about the Papanicolaou test. *Aquichan.* 2015;15(4):499-507.
13. Sampaio LRL, Diógenes MAR, Jorge RJB, Mendonça FAC, Sampaio LL. Influência do gênero do profissional na periodicidade do exame Papanicolaou. *RBPS.* 2010;23(2):181-7.
14. Leite MF, VittaFCF, Carnaz L, Conti MHS, Marta SN, Gatti MAN, et al. Knowledge and practice of women regarding cervical câncer in a primary health care unit. *J hum growth dev.* 2014;24(2):208-13.
15. Matão ME, Miranda DB, Campos PHF, Machado AF, Ornelas ER. Percepção de mulheres acerca do exame colpocitológico. *Rev enferm cent o min.* 2011;1(1):47-58.
16. Del Priori M. Mulheres no Brasil colonial: a mulher no imaginário social mãe e mulher, honra e desordem, religiosidade e sexualidade. São Paulo: Contexto; 2000.
17. Urrutia MT, Poupin L. Women with cervical cancer: perceptions about the Papanicolaou test. *Aquichan.* 2015;15(4):499-507.
18. Santos MA, Audickas RC, Coutinho SC, Silva J, Souza LN. A importância da prevenção do câncer do colo uterino: em pauta o exame de papanicolaou. *Recien.* 2014;4(12):15-20.
19. Oliveira CMS, Lopes RLML. Prevenção do câncer de colo e participação feminina no Viva Mulher. *Rev baiana enferm.* 2003;18(1/2):19-28.
20. Silva CM, Vargens OMC. Estratégias para a desmedicalização na consulta de enfermagem ginecológica. *Rev enferm UERJ.* 2013;21(1):127-30.
21. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS Corpo; 1990.
22. Progianti JM, Vargens OMC. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. *Esc Anna Nery.* 2004;8:194-7.
23. Lambert CC, Chandler R, McMillan S, Kromrey J, Johnson-Mallard V, Kurtyka D. Pap test adherence, cervical cancer perceptions, and HPV knowledge among HIV-Infected women in a community health setting. *JANAC.* 2015;26(3):271-80.
24. Bebis H, Reis N, Yavan T, Bayrak D, Unal A, Bodur S. Effect of health education about cervical cancer and Papanicolaou testing on the behavior, knowledge, and beliefs of turkish women. *Int J gynecol cancer.* 2012;22:1407-12.



25. Gonçalves ZR, Alvarez JQ, Braga JTTFM, Sartori Junior SJ, Mota VC, Monteiro DLM, et al. Lesões escamosas intra-epiteliais de baixo grau: conduta em mulheres adultas. *Femina*. 2010;38(7):321-5.

Artigo apresentado em: 17/12/2015

Aprovado em: 3/5/2016

Versão final apresentada em: 13/5/2016