

Fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico

Factors affecting adhesion by older women to gynecological cancer prevention programs

Factores que influyen en la adhesión de mujeres mayores a los programas de prevención de cáncer ginecológico

Aline Fatima Correia Batista¹; Célia Pereira Caldas^{II}

RESUMO

Objetivo: discutir os fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico. **Método:** revisão da literatura, realizada na base de dados LILACS, SCIELO e BIREME (2006-2017), em documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Foram encontrados 142 artigos, permanecendo no estudo 19 artigos, após aplicados os critérios de inclusão. **Resultados:** foram encontrados cinco fatores que interferem na adesão da mulher a programas de prevenção do câncer ginecológico: a dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde; os preconceitos da sociedade em geral em relação à velhice; a disponibilidade de uma pessoa para acompanhar a mulher idosa ao serviço de saúde; a insuficiente capacitação dos profissionais de saúde para atuar com a mulher idosa e; pouco investimento em ações de educação em saúde nesta área. **Conclusão:** para garantir a adesão da mulher idosa aos programas de prevenção de doenças oncológicas, é necessário romper o preconceito de muitos profissionais em relação ao envelhecimento, trabalhando a educação em saúde, a prevenção e a detecção precoce. **Palavras-chave:** Câncer ginecológico; geriatria; gerontologia; educação em saúde.

ABSTRACT

Objective: to discuss the factors that affect older women's adhesion to gynecological cancer prevention programs. **Method:** a literature search of the LILACS, SCIELO and BIREME databases (published in 2006-2017) and in official documents of the Ministry of Health and the Brazilian Cancerology Society found 142 articles, 19 of which were retained for review after applying the inclusion criteria. **Results:** women's adherence to gynecological cancer prevention programs was found to be affected by five factors: health service access and accessibility difficulties; social prejudices in relation to old age; availability of a person to accompany the older woman to the health service; insufficient training for health professionals to work with older women; and inadequate investment in health education in this area. **Conclusion:** health education to break down health professionals' prejudice towards aging will help to ensure that older women adhere to cancer prevention programs and facilitate the prevention, early detection and treatment of oncological diseases. **Keywords:** Gynecological cancer, geriatrics, gerontology, health education.

RESUMEN

Objetivo: discutir los factores que interfieren en la adhesión de mujeres mayores a programas de prevención del cáncer ginecológico. **Método:** revisión de la literatura, realizada en las bases de datos LILACS, SCIELO y BIREME (publicadas en 2006-2017), en documentos oficiales del Ministerio de Salud y de la Sociedad Brasileña de Cancerología. Se encontraron 142 artículos, siendo que 19 de ellos permanecieron en el estudio, tras aplicar los criterios de inclusión. **Resultados:** se encontraron cinco factores que interfieren en la adhesión de la mujer a programas de prevención del cáncer ginecológico: la dificultad de acceso y accesibilidad a los servicios de salud; los prejuicios de la sociedad en general respecto a la vejez; la disponibilidad de una persona para acompañar a la anciana al servicio de salud; la insuficiente capacitación de los profesionales de salud para actuar con la mujer mayor y; baja inversión en acciones de educación en salud en esta área. **Conclusión:** para garantizar la adhesión de la mujer mayor, hace falta romper el prejuicio de muchos profesionales en relación al envejecimiento, trabajando la educación en salud, la prevención y la detección precoz. **Palabras clave:** Cáncer ginecológico; geriatria; gerontología; educación para la salud.

INTRODUÇÃO

O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil em 2016 é de 16.340. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na Região Norte. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição mais frequente, na região Sudeste a terceira e na região Sul a quarta posição¹.

A vulva apresenta - assim como o colo do útero - lesões consideradas pré-malignas. Somente 10% dessas lesões podem chegar a um câncer de vulva. O câncer do endométrio ocupa, nos países desenvolvidos, o 1º lugar entre as diversas localizações do aparelho genital feminino. No Brasil ele está situado em 4º lugar entre as localizações genitais. Há um aumento gradativo do número

^IEspecialista em Geriatria e Gerontologia, Policlínica Hospital Municipal Duque de Caxias. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: alifatima1922@gmail.com.

^{II}Professora Associada. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: ccaldas@uerj.br

de pacientes portadoras de câncer do endométrio nos últimos anos, devido ao aumento da expectativa de vida; visto que o câncer do endométrio é um câncer da mulher idosa, e também devido ao aumento significativo do uso prolongado e indiscriminado dos hormônios estrogênicos para o tratamento do climatério e da menopausa².

O câncer de ovário constitui um dos mais comuns cânceres ginecológicos e a quinta causa de morte por câncer na mulher com mais de 50% dos casos ocorrendo em mulheres acima de 40 anos, com pico da doença ocorrendo entre 75 e 79 anos. Mais de 2/3 dos pacientes são diagnosticados em estádios avançados com ascite (Estádio III). No Brasil, representa 1,8% de todos os cânceres da mulher³.

As taxas de óbitos em idosos por câncer são elevadas, tendo o câncer ginecológico incidência considerável em idosas, estando ele relacionado com o início da vida sexual e maternidade precoce, promiscuidade sexual com múltiplos parceiros, aumentando o risco para doenças sexualmente transmissíveis, hábitos alimentares e de higiene, uso de contraceptivos por longo período, uso prolongado e indiscriminado dos hormônios estrogênicos para tratamento do climatério e menopausa, tabagismo, menarca precoce e menopausa tardia, multiparidade e nuliparidade. Essa informação gera discussão no campo da geriatria e gerontologia, onde existe uma preocupação com o envelhecimento ativo e saudável. Embora a estimativa de vida tenha aumentado, a preocupação neste campo é estimular o cuidado com a saúde e evitar a incapacidade funcional, gerada por doenças crônicas degenerativas tais como o câncer.

Tradicionalmente, a senescência celular é descrita como um processo de proteção contra a oncogênese, na medida em que limita o número de divisões celulares. Diante disto, é de se esperar que quanto mais se vive, maiores serão as chances de se adquirir e morrer por câncer. Isto realmente ocorre em idosos até a sétima década. Entretanto, a partir dos 85 anos, a mortalidade por câncer tende a não mais subir, o que leva a supor que outros fatores estejam envolvidos nestes indivíduos⁴.

A mortalidade por câncer é influenciada por fatores clínicos e socioeconômicos, como também pela disponibilidade e qualidade da assistência prestada. Profissionais da área de enfermagem, que atuam na gestão e no planejamento dos programas de rastreamento ou na assistência direta à mulher, participam de todas as etapas que envolvem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento do câncer do colo uterino. Neste sentido, esses profissionais encontram-se comprometidos com a redução das desigualdades intra-regionais e com a qualidade da assistência, tanto no contexto individual quanto coletivo⁵.

O presente estudo faz uma revisão da literatura no campo da saúde da mulher, da geriatria e da gerontologia. Seu objetivo foi discutir os fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão abrangente da literatura. Os dados foram coletados através do levantamento de produções científicas realizada na base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME).

Para a organização das informações contidas inicialmente nas 142 publicações científicas encontradas, foi realizada leitura flutuante dos resumos dos trabalhos, identificando o objeto, objetivos do estudo e resultados. A seleção das publicações seguiu parâmetros como o período de publicação e relação ao tema proposto com utilização dos descritores: Câncer ginecológico; geriatria e gerontologia; interdisciplinaridade; educação em saúde.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos artigos consideraram estudos disponíveis na íntegra em português, publicados entre 2006 e 2017 e com ênfase em idosos, resultando em um total de 19 artigos⁶⁻²⁴. Os resultados foram discutidos com base nas informações disponíveis em documentos do Instituto Nacional do Câncer (INCA)^{1,25,26}, do Ministério da Saúde (Portaria N° 675/GM de 30 de março de 2006)²⁷, da Sociedade Brasileira de Cancerologia², em referências específicas sobre doenças oncológicas, da área da geriatria e gerontologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os critérios de inclusão, entre 19 artigos examinados⁶⁻²⁴, não foram encontradas publicações em 2006, 2007 e 2016.

Dos 19 estudos incluídos, 18 foram realizados no Brasil e um em Portugal. Quanto à área de conhecimento, 13 estudos eram de enfermagem, sendo seis de enfermagem de saúde pública, três de enfermagem gerontológica, dois de enfermagem clínica, um de educação em enfermagem e um de enfermagem em saúde da família. Dois estudos eram da psicologia (um na área de saúde da família e outro na área de gerontologia). Um estudo era da área de educação gerontológica e outro da medicina de saúde pública. Dois estudos eram multidisciplinares, da área de saúde pública. Portanto, predominaram estudos nas áreas da enfermagem e da saúde pública. Predominaram os estudos qualitativos, com nove artigos. Havia quatro estudos de revisão de literatura e quatro estudos quantitativos. Um estudo aplicou metodologia mista e um estudo era um relato de experiência. As características dos estudos são fornecidas na Figura 1.

Ao analisar estes estudos, foram identificados cinco fatores que interferem na adesão da mulher a programas de prevenção do câncer ginecológico: a dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde; os preconceitos da sociedade em geral em relação à velhice; a disponibilidade de uma pessoa para acompanhar a mulher idosa ao serviço de saúde; a insuficiente capacitação dos profissionais de saúde para atuar com a mulher idosa e; pouco investimento

Nº ref.	Ano	Periódico	País	Tipo de estudo	Área de conhecimento dos autores
6	2017	Revista de Enfermagem UFPE	Brasil	Qualitativo	Multiprofissional/saúde da família
7	2009	Ciência e Saúde Coletiva	Brasil	Revisão de Literatura	Multiprofissional/saúde pública
8	2011	Revista Gaúcha de Enfermagem	Brasil	Qualitativo	Enfermagem/ saúde pública
9	2013	Trabalho, Educação e Saúde	Brasil	Qualitativo	Educação/ gerontologia
10	2010	Ciência e Saúde Coletiva	Brasil	Revisão de literatura	Psicologia/saúde da família
11	2010	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Brasil	Revisão de Literatura	Enfermagem/saúde da família
12	2008	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brasil	Qualitativo	Enfermagem gerontológica
13	2015	Revista Enfermagem UERJ	Brasil	Método misto	Enfermagem/ saúde pública
14	2012	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brasil	Qualitativo	Enfermagem gerontológica
15	2013	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brasil	Revisão de Literatura	Enfermagem/ educação
16	2012	Revista Brasileira de Educação Médica	Brasil	Relato de Experiência	Medicina/ saúde pública
17	2013	Revista Fafibe On line	Brasil	Quantitativo/transversal	Enfermagem clínica
18	2017	Revista Interdisciplinar	Brasil	Quantitativo/estudo de perfil populacional	Enfermagem clínica
19	2012	Revista Brasileira de Cancerologia	Brasil	Qualitativo	Enfermagem/ saúde pública
20	2014	Revista Enfermagem Atual	Brasil	Quantitativo/estudo de perfil populacional	Enfermagem/epidemiologia
21	2009	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Brasil	Qualitativo	Enfermagem/ saúde pública
22	2014	Psicologia, Saúde & Doença	Portugal	Qualitativo	Psicologia/gerontologia
23	2017	Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery	Brasil	Quantitativo/transversal	Enfermagem/saúde pública
24	2015	Revista Enfermagem UERJ	Brasil	Qualitativo	Enfermagem gerontológica

FIGURA 1: Características dos estudos incluídos. Período de publicação de 2008 a 2017.

em ações de educação em saúde nesta área. A seguir, cada fator é discutido.

Fator 1 – Acesso e acessibilidade ao serviço de saúde

O acesso ao serviço de saúde é o primeiro ponto a ser discutido. A Portaria nº 675 MS/GM de 30 de março de 2006²⁷ é a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. Esta portaria assegura como primeiro princípio, o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz. O oitavo parágrafo dispõe que a garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente às pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes. A legislação assegura assistência integral ao idoso, mas na prática os serviços e ações não atendem às reais necessidades de qualidade de vida da população idosa, não promovem a autonomia e desconsideram a precariedade dos serviços de saúde⁶.

Apesar de a atenção à saúde ser um direito universal no Brasil, o acesso no uso de serviços pela população idosa

é fortemente influenciado pela situação socioeconômica do idoso e/ou da sua família. Os idosos com menor renda domiciliar mensal apresentam piores condições de saúde em comparação com aqueles com melhor situação socioeconômica, mas visitam médicos com menos frequência⁷. Os grandes problemas na atenção à saúde, como acesso desigual, a inadequação dos serviços quando confrontados com as necessidades, a ausência de atenção integral, o paralelismo da oferta e a baixa qualidade dos serviços delimitam as orientações para a reestruturação de modelos de atenção⁸.

Vale a pena ressaltar que a dificuldade de acesso não se dá somente pela incapacidade funcional do idoso. As condições sócio econômicas exercem influência considerável sobre a saúde da pessoa idosa. Muitos *esquecem* da própria saúde em função da família, são cuidadores dos próprios familiares e garantia de sustento familiar. Conforme literatura gerontológica, na grande maioria dos países ocidentais, a mulher acaba desempenhando a tarefa de cuidar²². Geralmente, essas mulheres são de meia idade ou idosas, esposas ou filhas, que residem com o idoso e não recebem ajuda para realizar o cuidado^{23,24}. Desta forma, o autocuidado destas

mulheres fica prejudicado. Muitos fatores intrínsecos e extrínsecos podem contribuir para o desenvolvimento de um câncer. A exposição a fatores é cumulativa no tempo e, portanto, o risco de câncer aumenta com a idade. Mas é a interação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos que vai determinar o risco individual de câncer²⁵.

Fator 2 - Preconceitos em relação à velhice

Um segundo fator a ser discutido é a visão do idoso, família, sociedade e profissionais de saúde em relação ao processo do envelhecimento, onde ainda existem dogmas e preconceitos que partem de um contexto ultrapassado e que precisa ser trabalhado no cotidiano.

No contexto da velhice, além da percepção dos idosos em relação ao significado do envelhecimento saudável, para que se chegue a essa fase da vida com saúde e bem-estar, é preciso considerar os hábitos de vida dos idosos, bem como seus comportamentos em relação à velhice. O comportamento de pessoas não idosas em relação aos idosos e dos idosos em relação à própria velhice depende da interação entre as diferentes crenças e entre os atributos cognitivos e afetivos das atitudes. Os comportamentos influenciam diretamente a mudança de atitudes e a forma como as pessoas lidam com os aprendizados em saúde. A forma como os idosos agirão em relação à própria saúde e a outros aspectos de suas vidas dependerá, em grande parte, das imagens de velhice e de suas atitudes em relação ao envelhecimento⁹.

Vê-se que trabalhar somente o idoso nesse contexto não basta, mas trazer à sociedade o entendimento de que ele precisa ser acompanhado, tratado e respeitado. O paradigma de um idoso dependente, sem expectativa frente à sua saúde e esperando o processo de morte tem sido rompido. A prática do envelhecimento ativo e saudável é foco dentro da saúde do idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria nº 2528/GM de 19 de outubro de 2006, visa garantir atenção adequada e digna à população idosa brasileira²⁸.

Fator 3 - Disponibilidade de alguém para acompanhar o idoso ao serviço de saúde

A família, o cuidador são base importante para a garantia da continuidade da adesão a programas de prevenção, pois o aumento da expectativa de vida da população idosa brasileira leva ao aumento das doenças crônicas que podem gerar a incapacidade funcional, tornando as pessoas idosas dependentes^{29,30}.

É na e pela família que se produzem cuidados essenciais à saúde. Estes vão desde as interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade madura de seus membros, passam pela aprendizagem da higiene e da cultura alimentar e atingem o nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços (medicação, dietas e atividades preventivas). Essa complementaridade se dá através de ações concretas no cotidiano das famílias, o que permite o reconhecimento das doenças, busca em tempo de at-

endimento médico, de incentivo para o autocuidado e, não menos importante, o apoio emocional¹⁰.

Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias revelam que pessoas com doença avançada e progressiva são cuidadas por cuidadores informais, sejam eles familiares ou não. Estes, por outro lado, desempenham tarefas que lhes são atribuídas, na maioria das vezes, sem orientação adequada, com suporte ineficaz por parte do sistema de saúde¹¹.

Quanto ao auxílio familiar ao idoso, há diversas dificuldades como falta de políticas sociais de suporte aos cuidadores, diminuição do tamanho das famílias com a queda da fecundidade, aumento das separações conjugais, famílias com idosos que possuem renda familiar de no máximo três salários mínimos, suporte formal incapaz de substituir a família¹².

Faz-se necessárias ações educativas e de suporte por parte do sistema de saúde à família, cuidador e idosos. A educação em saúde torna-se peça muito importante nesse processo, visto que a organização do sistema de saúde não parte somente do suporte profissional, mas também da disponibilidade de recursos estruturais disponíveis no município, como foi discutido anteriormente.

Fator 4 - A capacitação dos profissionais de saúde

A educação permanente dos profissionais de saúde precisa ser estabelecida em todos os sistemas de saúde. Uma ação educativa em permanente renovação, se mantém crítica e consciente. Assim, são possíveis a transformação e a ruptura de dogmas sociais, facilitando-se o processo de adesão do usuário idoso aos serviços de saúde, principalmente no que se refere à prevenção do câncer ginecológico.

A visão preconceituosa por parte de muitos profissionais de saúde frente a algumas patologias, ainda é latente. No caso da pessoa idosa, é comum encontrarmos profissionais que, por desconhecimento do processo de envelhecimento, atribuem à idade sinais e sintomas patológicos. Outros possuem conceitos ultrapassados em relação a este tipo de câncer, não respeitando ou utilizando de maneira inadequada as diretrizes para rastreamento de mulheres idosas frente à prevenção e detecção precoce do câncer ginecológico.

As Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero preconizam que o exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos^{13,26}.

Mesmo com a extensão da atenção à saúde, ocorrida a partir dos anos oitenta, aborda-se o idoso, na maioria das vezes, de modo limitado às enfermidades crônicas e em consultas individuais esporádicas, sem continuidade, e desconsiderando o impacto desse quadro na qualidade de vida. A precária assistência ao idoso pode ser constatada pela elevada proporção de óbitos por causas mal definidas (que chega a 65%) e à

subnotificação de problemas considerados esperados ou normais para a idade e não passíveis de intervenção⁷.

Nossas crenças geram nossos comportamentos, que geram nossa forma de atender. A compreensão que os profissionais de saúde têm do idoso interferem na maneira de assisti-lo e tratá-lo. Somente conhecendo essa percepção e compreensão é que se pode desenvolver programas de treinamento e rever posturas paternalistas/autoritárias, que inibem a autonomia e a independência do ser idoso. Defende-se o pressuposto de que por meio de treinamento ou capacitações busca-se melhorar não só a formação, mas as atitudes dos profissionais de saúde de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas, fornecendo-lhes ferramentas e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável¹⁴.

A interdisciplinaridade que foi esquecida por décadas volta a ser a palavra de ordem nas propostas educacionais, articulando projeto e sustentando visões e procedimentos das mais variadas áreas. Profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa¹⁵. É um mecanismo importante na geriatria e gerontologia, pois a ação conjunta dos profissionais tende a trazer efeitos muito positivos no processo de agregação do idoso/família aos serviços de saúde.

A população de mulheres idosas aumentou em todos os estados das regiões geográficas brasileiras. Porém, a meta pactuada entre o Ministério da Saúde e os estados para o rastreamento do câncer de colo uterino não foi alcançada em nenhum deles, sendo que em alguns estados esta taxa de rastreamento ainda diminuiu²⁰. Conhecer os motivos que influenciam a não realização do exame preventivo do câncer de colo uterino é necessário para que se possam compreender os comportamentos preventivos destas mulheres²¹. A capacitação da equipe de saúde associada a melhores condições de trabalho e acesso digno ao serviço de saúde são peças chaves nas em prol da saúde do idoso.

Fator 5- Pouco investimento em ações de educação em saúde

A educação em saúde representa uma estratégia muito importante na formação de comportamentos que promovam ou mantenham uma boa saúde. Ela é uma prática social que contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, levando em conta a sua realidade. Estimula também a busca de soluções e a organização de ações individuais e coletivas. É considerada um recurso por meio do qual o conhecimento científico na área de saúde atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez

que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde¹⁶.

Uma pesquisa realizada em Instituição de Longa Permanência encontrou que muitas mulheres idosas, quando indagadas a respeito da realização do exame preventivo para o câncer de colo uterino revelaram nunca o ter realizado, acrescentando a falta de interesse em realizá-lo pelos seguintes motivos: falta de atividade sexual, vergonha, medo e por se considerarem próximas à morte. Este último motivo representou uma *surpresa* e um motivo especial de preocupação por parte das pesquisadoras visto que essas mulheres por não realizarem não apenas o exame preventivo, mas também outras ações de autocuidado, podem realmente prejudicar sua saúde e principalmente sua qualidade de vida. Algumas mulheres sugeriram que o exame preventivo só seria importante para as mulheres de vida promíscua¹⁷.

A classe socioeconômica baixa possui relação com a incidência de câncer cérvicouterino pelo menor acesso aos serviços de saúde, impossibilitando a realização do exame Papanicolau, adoção de medidas de prevenção da doença e continuidade do tratamento. Mulheres de classe econômica mais elevada e conseqüentemente nível maior de escolaridade, são mais conscientes da prática do sexo seguro¹⁸. Diante dessa situação, é essencial estimular as mulheres a comparecerem à consulta ginecológica e principalmente, que o acesso a esse tipo de serviço seja facilitado¹⁹.

O investimento na educação em saúde tem grande influência na adesão do usuário aos serviços de saúde. Faz-se necessário que o profissional tenha habilidade para trabalhar a educação em saúde, respeitando aspectos sociais, econômicos e culturais e os mais variados grupos etários, visto que a família e cuidador estão também inseridas neste processo. Trabalhar uma linguagem adequada e o respeito ao universo particular do idoso que inclui também questões cognitivas é fundamental na obtenção de resultados satisfatórios.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou, através de revisão de literatura, que existem cinco fatores que interferem na adesão da mulher a programas de prevenção do câncer ginecológico: a dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde; os preconceitos da sociedade em geral em relação à velhice; a disponibilidade de uma pessoa para acompanhar a mulher idosa ao serviço de saúde; a insuficiente capacitação dos profissionais de saúde para atuar com a mulher idosa e; pouco investimento em ações de educação em saúde nesta área.

A integralidade da assistência assegurada pelo Estatuto do Idoso, a estrutura dos serviços de saúde, a interdisciplinaridade, somados a educação em saúde ao indivíduo e família, o respeito às particularidades

de cada idoso e a compreensão do profissional sobre o universo da geriatria e gerontologia, são peças fundamentais no processo de agregação deste usuário, visando romper tabus adquiridos ao longo da vida, estimulando as práticas de saúde e consequentemente o envelhecimento ativo e saudável.

Destaca-se como conclusão que ao romper o preconceito de muitos profissionais em relação ao envelhecimento, enxergando o idoso como um adulto com expectativa de vida aumentada e inúmeras possibilidades de vida plena, e trabalhando a educação em saúde com respeito às barreiras sociais, estaremos contribuindo para o aumento do número de mulheres idosas mais conscientes e preocupadas com a saúde, facilitando a prevenção, a detecção precoce e o tratamento do câncer ginecológico e de outros tipos de doenças oncológicas que podem afetar esse grupo etário.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer(Br). José Alencar Gomes da Silva. [site de Internet]. Estimativa 2016/2017 do câncer do colo do útero. [citado em 31 jul 2017] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/index.asp>.
2. Sociedade Brasileira de Cancerologia [site de Internet]. Câncer ginecológico. [citado em 31 jul 2017] Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br/?s=cancer+ginecol%C3%B3gico>
3. Simões JC, Gama RR, Winheski MR. Câncer : estadiamento & tratamento. São Paulo: Livraria e Editora Marina; 2008.
4. Veras R, Lourenço R. Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2006.
5. Santos RS, Melo ECP, Santos KM. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Texto contexto - enferm. 2012; 21(4):800-10.
6. Freire IM, Nogueira MF, Lucena IM, Alves MSCF. O Atendimento em unidades de saúde da família: um estudo de representações sociais com idosos. Revista de Enfermagem UFPE on line. 2017; 11(4):1652-61
7. Melo MC, Souza AL, Leandro EL, Mauricio HA, Silva ID, Oliveira JMO. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. Ciênc saúde coletiva. 2009; 14(supl.1):1579- 86
8. Soares MC, Mishima SM, Silva RC, Ribeiro CV, Meinckes SMK, Corrêa ACL. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. Rev. Gaúcha Enferm. 2011; 32(3):502-8.
9. Patrocínio WP, Pereira BPC. Efeitos da educação em saúde sobre a atitude de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. Trab educ Saúde. 2013; 11 (2):375-94.
10. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Ciênc saúde coletiva . 2010; 15(supl.1):1497-508.
11. Portella MR. Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia de saúde da família. Rev Bras Geriatr Gerontol 2010; 13 (3): 501-6.
12. Simonetti JP, Ferreira JC. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. Rev esc enferm USP. 2008; 42(1):19-25.
13. Costa MS, Leite ES, Torquato JA, Costa IP, Sarmiento AMMF, Moreira MASP. Práticas interdisciplinares na promoção da saúde da pessoa idosa. Rev enferm UERJ. 2015; 23(6):773-9.
14. Schimidt TCG, Silva MJP. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. Rev esc enferm. USP. 2012; 46(3):612-7.
15. Peduzzi M, Norman IN, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev esc enferm USP. 2013; 47(4):977-83.
16. Rodrigues BC, Carneiro ACOM, Silva TL, Solá ACN, Manzi NM, Schechtman NP, et al. Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. Revista Brasileira de Educação Médica . 2012; 36(supl. 1):149-54.
17. Olhê L, Oliveira RC, Campanelli RF, Nogueira LDP. Papanicolau na terceira idade: um desafio para a enfermagem. Revista Fabife on line. 2013; 6 (6): 78-86.
18. Tavares NCM, Santos VSMS, Queiroz RCCS, Souza IBJ, Pinto AP, Castro ABBSC. Perfil clínico, sexual e reprodutivo das mulheres que realizaram o exame papanicolau no ambulatório de uma faculdade em São Luís-MA. Revista Interdisciplinar. 2017; 10 (1):129-38.
19. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. Rev. bras. cancerol. 2012; 58(3):389-98.
20. Rodrigues L, Silva PS, Oliveira MLC, Moraes F, Gomes L. Rastreamento do câncer do colo uterino na população idosa: um estudo das regiões geográficas do Brasil. Revista Enfermagem Atual. 2014; 14(70):29-34 .
21. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não realização do exame papanicolau segundo a percepção de mulheres. Esc Anna Nery. 2009; 13(2):378-84.
22. Areosa SVC, Henz LF, Lawisch D, Areosa RC. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. Psic, Saúde & Doenças. 2014; 15(2):482-94.
23. Orlandi AAS, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [citado em 31 jul 2017]; 21(1): e20170013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100213&lng=en.
24. Costa SRD, Castro EAB, Acioli S. Apoio de enfermagem ao auto-cuidado do cuidador familiar. Rev enferm UERJ. 2015; 23(2):197-202.
25. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva(Br). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Br). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
27. Ministério da Saúde(Br). Portaria GM nº 675, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Brasília, (DF): Gabinete Ministerial, 2006.
28. Ministério da Saúde(Br). Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília(DF): Gabinete Ministerial; 2006.
29. Zaponi ALB, Tocantins FR, Vargens OMC. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária. Rev enferm UERJ. 2015; 23(1):33-8.
30. David HMSL. Sem uma enfermagem participativa, não haverá saúde de qualidade para cuidar bem das pessoas. Rev enferm UERJ. 2015; 23(2):147.